Igazolás
a gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtható települési támogatás megállapításához

Kérelmező neve: …….
Születési neve: ……
Születési helye és ideje: …….
Anyja neve: ……
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ……..
Lakóhelye: ……..
Tartózkodási helye: ……

Igazolom, hogy fent nevezett kezelésem alatt álló beteg részére krónikus betegségére tekintettel az alábbi gyógyszereket havi rendszerességgel felírom.

A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszertár igazolja!

Gyógyszer neve	Havi mennyiség (doboz, tubus stb.)	Támogatás jogcíme	**A Biztosított által fizetendő térítési díj** *Gyógyszertár tölti ki!*
Háziorvos/szakorvos tölti ki!			

A gyógykezelés várható időtartama ……..hónap. *(Háziorvos, szakorvos tölti ki!)*

dátum: ……. dátum: …….

…… P. H. ……
Háziorvos vagy szakorvos aláírása gyógyszerész aláírása

A háziorvos vagy szakorvos és gyógyszerész aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!