

Települési támogatás elszámolása
(gyógyszerköltség/gyógyászati segédeszköz költségéről)

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve:

Születési neve:
.....

Anyja neve:
.....

Születés helye, ideje (év, hó, nap):
.....

Lakóhelye: □□□□ irányítószám
település
.....utca/út/tér házszám épület/lépcsőház
..... emelet, ajtó

Tartózkodási helye: □□□□ irányítószám
település
.....utca/út/tér házszám épület/lépcsőház
..... emelet, ajtó

Tartózkodási helye: □□□□ irányítószám
település
.....utca/út/tér házszám épület/lépcsőház
..... emelet, ajtó

Állampolgársága:

Telefonszám (nem kötelező megadni):
.....

E-mail cím (nem kötelező megadni):
.....

2. A támogatásról szóló döntés ügyiratszám:

3. A költségösszesítő pótlapok száma: db

Kelt:

.....
kérelmező aláírása

A Szári Közös Önkormányzati Hivatal felhívja figyelmét, hogy a nyomtatvány kitöltése során felvételre kerülő személyes adatokat a Hivatal Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában foglaltaknak megfelelően kezeli. A szabályzat megtekinthető a Hivatal honlapján (<http://www.saar-ujb.hu/>), vagy megismerheti annak tartalmát a Hivatalban elhelyezett példányból.

Költségösszesítő lap

