

5. melléklet a 4/2015(II.13.) önkormányzati rendelethez

**KÉRELEM a gyógyszerkiadásokhoz nyújtott települési támogatáshoz**

Alulírott ..... azzal a kérelemmel fordulok Tisztelt Címhez, hogy részemre pénzbeli támogatás formájában **betegségem miatt** települési támogatást megállapítani szíveskedjen.

**A kezelőorvos igazolása:**

A kezelőorvos igazolása a fogyasztott gyógyszerekről és egyéb készítményekről	A gyógyszertár igazolása a fogyasztott gyógyszerek és egyéb készítmények költségéről
Egyéb költség: .....	Bonyhád, .....
Bonyhád, .....	.....
..... kezelőorvos	..... gyógyszertár

I. Személyi adatok

1.1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

1.1.1. Neve: .....

1.1.2. Születési neve: .....

1.1.3. Anyja neve: .....

1.1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap): .....

1.1.5. Lakóhelye: .....

1.1.6. Tartózkodási helye: .....

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

1.1.8. Állampolgársága: .....

1.1.9. Telefonszám : .....

1.1.10. Fizetési számlaszám (ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri): .....

1.1.11. A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: .....

1.2. A kérelmező családi állapota:

1.2.1.  egyedülálló,

1.2.2.  házastársával/élettársával él együtt.

1.5. A kérelmezővel azonos lakcímen élő házastársára/élettársára vonatkozó adatok:

1.5.1. Neve: .....

1.5.2. Születési neve: .....

1.5.3. Anyja neve: .....

1.5.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap): .....

1.5.5. Lakóhelye: .....

1.5.6. Tartózkodási helye: .....

1.5.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

1.7. A kérelmezővel azonos lakcímen élő, eltartott gyermekek száma összesen: ..... fő

1.8. A kérelmezővel azonos lakcímen élő **gyermekekre** vonatkozó adatok:

	Név (ha eltérő, születési neve is)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	18. életévét betöltött személy esetén azon oktatási intézmény megnevezése, ahol tanul	Megjegyzés *
1.8.1						

1.8.2						
1.8.3						
1.8.4						
1.8.5						

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni:

a) ha a gyermekre tekintettel gyermekgondozási segélyt, gyermeknevelési támogatást, gyermekgondozási díjat vagy terhességi gyermekágyi segélyt folyósítanak,

b) ha a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik, vagy

c) életkortól függetlenül a tartós betegség vagy fogyatékoság fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

A kérelemhez csatolom a magam és a velem közös háztartásban lakók jövedelemigazolását.

Dátum

Aláírás