1. *melléklet Szár Községi Önkormányzat Képviselő-testületének a települési támogatásokról szóló 3/2017. (I. 31.) önkormányzati rendelethez*

**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 ügyiratszáma: ………………………………….

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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sor-szám** | **Megnevezés** | **Szállító** | **Számla száma** | **Elszámolt összeg** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Összesen:** |  |