

3. melléklet az 5/2017. (IV.3.) önkormányzati rendelethez

KÉRELEM

az agyhártyagyulladás elleni védőoltás támogatásához

18. év feletti érintett esetén

Azzal a kéréssel fordulok Velence Város Önkormányzatához, hogy a védőoltások támogatásáról szóló 5/2017. (IV.3.) önkormányzati rendelet alapján az agyhártyagyulladás elleni kettő rész- oltásból álló sorozat költségét az önkormányzat 50 %-os mértékben vállalja át.

Név:	
Szül. hely, idő:	
Lakeím:	
TAJ szám:	

Nyilatkozat:

Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatközlés a támogatás visszafizetését vonja maga után.

Velence, 20.....

.....
kérelmező

KÉRELEM

az agyhártyagyulladás elleni védőoltás támogatásához

18. év alatti érintett esetén

TÖRVÉNYES KÉPVISELŐRE VONATKOZÓ ADATOK:

Név:	
Leánykori név:	
Anyja neve:	
Szül. hely, idő:	
Lakcím:	
TAJ szám:	

azzal a kéréssel fordulok Velence Város Önkormányzatához, hogy a védőoltások támogatásáról szóló 5/2017. (IV.3.) önkormányzati rendelet alapján a

Név:	
Szül. hely, idő:	
Lakcím:	
TAJ szám:	

gyermek agyhártyagyulladás elleni kettő rész- oltásból álló sorozat költségét az önkormányzat 50 %-os mértékben vállalja át.

Nyilatkozat:

Nyilatkozom, hogy a támogatott védőoltás iránti kérelemben szereplő gyermekem életvitelszerűen az alábbi címen tartózkodik:

.....
.....

Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatközlés a támogatás visszafizetését vonja maga után.

Velence, 20.....

.....
törvényes képviselő