

6. melléklet a 30/2018. (IX. 30.) önkormányzati rendelethez

KÉRELEM
települési gyógyszer támogatás megállapítására

A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

A közeli hozzátartozókra vonatkozó adatok

A kérelmező családi körülménye:

egyedül élő,

nem egyedül élő.

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma: fő.

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai:

	A	B	C	D	E	F
	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalom - biztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése	Megjegyzés*
1. 2.						
2. 3.						
3. 4.						
4. 5.						
5. 6.						

Nyilatkozatok

Gyógyszereimet az alább megjelölt gyógyszer tárból kívánom kiváltani:

.....

Hozzájárulok, hogy a megjelölt gyógyszerértéknak az önkormányzat adatokat szolgáltatson. A kérelem kedvező elbírálása esetén a fellebbezési jogomról lemondok.

Paks,

.....
kérelmező aláírása

.....
kérelmező házastársának/élettársának
aláírása