1. melléklet

***GYÓGYSZERTÁRI VAGY GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZÖKET FORGALMAZÓ SZAKÜZLET ÁLTAL KIADOTT IGAZOLÁS***

A gyógyszertári vagy gyógyászati segédeszközöket forgalmazó szaküzlet által kiadott igazolás kiállítására a kérelmező által, a gyógyszerkiadások viseléséhez benyújtott települési támogatás elbírálása céljából kerül sor.

*I. A kérelmező* személyes adatai

Neve: ............................................................................................................................................

Születési neve: ..............................................................................................................................

Anyja neve: ..................................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap: ...........................................................................................................

Lakóhely: ......................................................................................................................................

Tartózkodási hely: ........................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .........................................................................................

(A megfelelő választ X-szel kell jelölni.)

*II. A társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott gyógyító ellátási szükségletre vonatkozó adatok*

1. Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek, annak adagolása, havi költsége:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | *Gyógyszer megnevezése* | *Gyógyszer adagolása* | *Gyógyszer havi költsége* | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | *Összesen:* | *-* |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

A táblázatban valamennyi, a kérelmező által szedett, tb-támogatásba befogadott gyógyszert fel kell tüntetni.

2. Gyógyászati segédeszközök és orvosi rehabilitáció céljából havonta rendszeresen rendelt gyógyító ellátások:

|  |  |
| --- | --- |
| *Gyógyászati segédeszköz megnevezése* | *Gyógyászati segédeszköz havi költsége* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| *Összesen:* |  |

*III. Gyógyszertárra, gyógyászati segédeszközt forgalmazó szaküzletre vonatkozó adatok, a gyógyszertár vagy gyógyászati segédeszközt forgalmazó szaküzlet képviselőjének nyilatkozata*

A gyógyszertár, gyógyászati segédeszközt forgalmazó szaküzlet neve: ............................................................................................................

Engedély száma: .............................................................................................................

Címe: ..................................................................................................

Telefonszáma: ..............................................................................................................................

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyító ellátásra vonatkozó szükséglet költségének meghatározása kizárólag a települési támogatást igénylő személy által a részemre rendelkezésre bocsátott háziorvosi igazolás alapján került megállapításra.

Dátum: ...................................

P. H.

...........................................

gyógyszertár vagy gyógyászati segédeszközt forgalmazó szaküzlet képviselőjének aláírása