

KÉRELEM

Gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapítására

I. A kérelmező személyes adatai

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, ideje:, év hó nap
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
Telefonszám (nem kötelező megadni):

II. A közeli hozzátartozókra vonatkozó adatok

A kérelmezővel azonos lakcímen élő házastársára/élettársára vonatkozó adatok:

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, ideje:, év hó nap
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
Telefonszám (nem kötelező megadni):

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

A	B	C	D	E
Név	Születési ideje (év, hó, nap)	Anyja neve	Rokoni fok	TAJ szám

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Jászládány,.....év hó..... nap

.....
kérelmező aláírása

.....
kérelmező házastársának/élettársának aláírása

Az alábbi iratokat mellékelni szíveskedjen:

- **Lakcímkártya**
- **Iskolalátogatási** igazolás iskoláskorú gyermekeknek
- Kezelőorvos által felírt **orvosi vény és nyugta másolata** vagy indokolt esetben kezelőorvos által felírt orvosi vény és a gyógyszertár által beárazott igazolás bemutatása