

**KÉRELEM**  
**Települési gyógyszer támogatás megállapítására**

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési helye, ideje (év, hó, nap): .....  
Lakóhelye: .....  
Tartózkodási helye: .....  
Társadalombiztosítási azonosító jele: .....  
Állampolgársága: .....  
Telefonszám: .....

2.  **Települési gyógyszer támogatást** jövedelmi helyzetemre és a magas gyógyszerköltségre tekintettel kérem.

3. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

A kérelmező családi körülménye:

- egyedül élő,
- nem egyedül élő.

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: ..... fő.

	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

#### 4. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók				
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó						
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó						
3.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások						
4.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
5.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
6.	Egyéb jövedelem						
	Összes jövedelem						

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem: .....Ft/hó

#### 5. Nyilatkozatok

Kijelentem, hogy

- \* életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó),
- a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,
- a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

(\* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.)

Kelt: ....., .....

.....

kérelmező aláírása

## ***Igazolás rendszeres havi gyógyszerek költségéről***

### *. I. A kérelmező személyes adatai*

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely: .....  
Tartózkodási hely: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

A gyógyszerköltségek igazolásának kiadására a gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtott települési támogatásra való jogosultság megállapítása érdekében kerül sor.

Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek költség:

<b>Gyógyszer megnevezése</b>	<b>Gyógyszer költsége</b>

Kelt,....., .....

.....  
házi orvos aláírás, pecsét