4. melléklet

HÁZIORVOSI IGAZOLÁS
a gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapításához

(Háziorvos tölti ki, az igazolás a háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el.)

1. Kérelmező személyi adatai:

1.1.1. Neve: .....

1.1.2. Születési neve: .....

1.1.3. Anyja neve: .....

1.1.4. Születési hely, idő (év, hó, nap): ….....

1.1.5. Lakóhelye: .....

1.1.6. Tartózkodási helye: .....

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

1. *A kérelmező által* ***krónikus betegségére tekintettel, legalább három hónap időtartamban rendszeresen szedett, vényköteles, közgyógyellátás keretében nem kapható gyógyszerek*** *felsorolása:*

Gyógyszer neve	1 havi adag

Kelt: ……

……
Háziorvos aláírása, bélyegzője