

DUNASZENTPÁL KÖZSÉG ÖNKORMÁNYZATA

9175 Dunaszentpál, Iskola tér 1.; tel./fax: (96) 352-026

KÉRELEM
oltási támogatás megállapításához

1. Alulírott kérem az oltási támogatás megállapítását.

2. Kérelmező törvényes képviselő(k) adatai:

2.1. Név:.....

2.2. Születési név:

2.3. Társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ szám):

2.4. Anyja neve:

2.5. Lakóhelye/vagy tartózkodási helye:.....

2.6. Telefonszáma, e-mail címe*:.....

2.7. A támogatást (a megfelelőt húzza alá):

a) folyószámlára utalással kérem a számú számlára,

b) az önkormányzat pénztárában történő kifizetéssel kérem.

3. A gyermek adatai, aki részére a támogatást igényli:

3.1. Gyermek neve:

3.2. Születési neve:.....

3.3. Születési hely:.....szül. idő:évhónap

3.4. Anyja neve

3.5. Társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ szám):

3.6. Lakóhelye/tartózkodási helye:

Alulírott kérelmező hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához. Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Kijelentem, hogy a kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. *(Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)*

Dunaszentpál, év..... hó nap

.....
törvényes képviselő aláírása

Tájékoztató:

- A kérelemhez csatolni kell a beadott oltás(ok)ról a házi orvos vagy házi gyermekorvos igazolását és az oltóanyag megvásárlását igazoló gyógyszerári bizonylat(ka)t.
- Kérjük, átutalás esetén pontosan szíveskedjen megadni a folyószámlaszámot, mert az elírásból történő téves utalásért az önkormányzat felelősséget nem vállalja!

*(nem kötelező adat)

**Orvosi igazolás
oltási támogatás iránti kérelemhez**

Alulírott igazolom, hogynevű beteget

- a) rotavírus
- b) bárányhimlő
- c) gennyes agyhártyagyulladás
- d) kullancscsípés okozta agyvelőgyulladás
- e) humán papillomavírus
- f) időskori tüdőgyulladás

elleni védőoltásban részesítettem (a megfelelő rész aláhúzendó).

A beadott oltóanyag megnevezése:

Igazolom, hogy a beadott oltás (a megfelelő rész aláhúzendó)

- a) első alapoltás
- b) második alapoltás
- c) harmadik alapoltás
- d) emlékeztető oltás

Az oltás időpontja: év hónap nap.

Kelt:

P.H.

.....
házi orvos / házi gyermekorvos aláírása