

3. melléklet Szár Községi Önkormányzat Képviselő-testületének a települési támogatásokról szóló 3/2017. (I. 31.) önkormányzati rendelethez

**Települési támogatás elszámolása**  
(gyógyszerköltség/gyógyászati segédeszköz költségéről)

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve: .....

Születési neve:  
.....

Anyja neve:  
.....

Születés helye, ideje (év, hó, nap):  
.....

Lakóhelye: □□□□ irányítószám .....  
település  
.....utca/út/tér ..... házszám ..... épület/lépcsőház  
..... emelet, ajtó

Tartózkodási helye: □□□□ irányítószám .....  
település  
.....utca/út/tér ..... házszám ..... épület/lépcsőház  
..... emelet, ajtó

Tartózkodási helye: □□□□ irányítószám .....  
település  
.....utca/út/tér ..... házszám ..... épület/lépcsőház  
..... emelet, ajtó

Állampolgársága: .....

Telefonszám (nem kötelező megadni):  
.....

E-mail cím (nem kötelező megadni):  
.....

2. A támogatásról szóló döntés ügyiratszám: .....

3. A költségösszesítő pótlapok száma: ..... db

Kelt: .....

.....  
kérelmező aláírása

A Szári Közös Önkormányzati Hivatal felhívja figyelmét, hogy a nyomtatvány kitöltése során felvételre kerülő személyes adatokat a Hivatal Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában foglaltaknak megfelelően kezeli. A szabályzat megtekinthető a Hivatal honlapján (<http://www.saar-ujb.hu/>), vagy megismerheti annak tartalmát a Hivatalban elhelyezett példányból.

