**KÉRELEM**

**fertőző agyhártyagyulladás elleni védőoltás támogatásra**

**Kérelmező (Szülő, törvényes képviselő) adatai:**

Neve:………………………………………………születési neve……………………………

Születési helye: …………………………………. Ideje: ………..év……..…….hó……….nap

Anyja neve:…………………………………………. Állampolgársága:………………………

Családi állapota:……………………..  egyedül élő; **** nem egyedül élő

Lakcím:……………………………………………TAJ száma:…………….………………….

Telefonszám, E-mail elérhetőség:……………………………………………………………….

**Kérelmező házastársának/élettársának személyi adatai:**

Neve:………………………………………………születési neve……………………………

Születési helye: …………………………………. Ideje: ………..év……..…….hó……….nap

Anyja neve:…………………………………………. Állampolgársága:………………………

Családi állapota:……………………..  egyedül élő; **** nem egyedül élő

Lakcím:……………………………………………TAJ száma:…………….………………….

**Kérelmezem az Önkormányzat támogatását**

a) a négy éven aluli gyermekem B szerocsoportú meningococcus baktérium elleni védőoltásához.

b) a 12. életévét betöltött gyermekem A, C, X, és Y-135 szerocsoportú Neisseria meningitidis által okozott invazív meningococcus-betegség elleni védőoltásához.

*(Az a) vagy b) pontot kérjük egyértelműen megjelölni),*

Nyilatkozom, hogy a védőoltás megvásárlására tekintettel más szervtől, hatóságtól támogatásban

**nem részesültem részesültem**

*(a megfelelő választ kérjük egyértelműen megjelölni)*

**A védőoltást igénylő gyermek adatai:**

Neve:……………………………………………………………………………………………

Születési helye: …………………………………. Ideje: ………..év……..…….hó……….nap

Anyja neve:…………………………………………. TAJ száma:……....……………………

Gyermekorvosának neve:……………………………………………………………………...

**A közös háztartásban nevelkedő további gyermekek:**

**Neve:** ……………………………………………………………………………………………

Születési helye: …………………………………. Ideje: ………..év……..…….hó……….nap

Anyja neve:……………………………………………TAJ száma:……....……………………

**Neve**:……………………………………………………………………………………………

Születési helye: …………………………………. Ideje: ………..év……..…….hó……….nap

Anyja neve:……………………………………………TAJ száma:……………………………

További felsorolás:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Egyéb információ:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kijelentem, hogy a fertőző agyhártyagyulladás elleni védőoltás támogatása iránti kérelemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. *(Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)*

Hozzájárulok, hogy a kérelemben szereplő személyes adatokat Ceglédbercel Község Önkormányzata a fertőző agyhártyagyulladás elleni védőoltás támogatásával összefüggően más – az ügyben hatáskörrel rendelkező – államigazgatási szervek/szolgáltató tudomására hozzák.

Ceglédbercel, 2022……………………..

 ……………………….

aláírás

**Gyógyszertár által igazolt költség:…………………………………………………………Ft**

Ceglédbercel, 2022……………………….

 ………………………………………

 gyógyszertár részéről aláírás