**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

Telefonszám, email elérhetőség:……………………………………………………………….

**Kérelmezem az Önkormányzat támogatását**

a) egy 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:……………………………………………………………………………………

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

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

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

További felsorolás:

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

Egyéb információ:

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

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához, a megjelölt szolgáltatóhoz való továbbításához.

Ceglédbercel, …………………….…

 ……………………….

aláírás

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

Ceglédbercel,………………………

 …………………………..…

 gyógyszertár részéről aláírás