

IGAZOLÁS
tartósan beteg, illetőleg súlyosan fogyatékos gyermekről

Igénylő neve:	Szül.: ____ év __ hó __ nap
Lakcím: ____	TAJ-száma: ____ - ____ - ____
Gyermek TAJ-száma: ____ - ____ - ____	Szül.: ____ év __ hó __ nap

I.
Szakorvos állítja ki!

Gyermek neve:
Anyja neve:
Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek - tartós betegsége, illetve súlyos fogyatékosága miatt - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. §-ának <i>fa</i>) pontjában foglaltaknak megfelel.
Diagnózis:
Betűjele:
Számjele:
Fenti betegség, súlyos fogyatékoság a kiállítás dátumát megelőzően legalább 2 hónapon keresztül fennállt nem állt fenn.
- Következő felülvizsgálat időpontja: ____ év __ hó __ nap
- Az állapot véglegessége folytán rendszeres felülvizsgálat nem szükséges.
Kiállítás dátuma:
P. H.
..... szakorvos
intézményi bélyegző helye

II.
Szakorvos állítja ki!

Gyermek neve:
Anyja neve:
A fent nevezett gyermek - tartós betegség, illetve súlyos fogyatékoság hiányában - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. §-ának <i>fa</i>) pontjában foglaltaknak nem felel meg.
Kiállítás dátuma:
P. H.
..... szakorvos
intézményi bélyegző helye