

Igazolás
vérszerinti/örökbefogadó apa csecsemőgondozási díj igényléséhez

Az igazolást kiállító egészségügyi intézmény

Bélyegzőlenyomata:				
Neve:				
Intézmény kódja:				
Címe	irányítószám			település
utca				házsám

A betegre vonatkozó adatok

Családi és utóneve:				
Születéskori neve:				
Születési helye, ideje: , □□□□. év □□. hó □□. nap				
TAJ: □□□ □□□ □□□□				
Lakcíme	irányítószám			település
utca				házsám
Az egészségügyi intézményben ellátásban részesült: □□□□. év □□ hó □□-tól - □□□□. év □□ hó □□-ig				
Ellátása jelenleg is fennáll? Igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>				
BNO kód				

A gyermek adatai

Családi és utóneve:				
Születési helye, ideje: , □□□□. év □□. hó □□. nap				
TAJ: □□□ □□□ □□□□				

A vérszerinti/örökbefogadó apa adatai

Családi és utóneve:				
TAJ: □□□ □□□ □□□□				

Ezen igazolást.....vérszerinti/örökbefogadó apa.....
nevű gyermekére tekintettel, csecsemőgondozási díj igényléséhez adom ki.

Kelt,, □□□□. év □□. hó □□. nap

P. H.

.....
orvos aláírása