**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ**

**TIỀN KHÁM CHỮA BỆNH, TIỀN ĂN , TIỀN ĐI LẠI**

***Kính gửi:*** -Sở y tế Nghệ an

-Ban quản lý quỹ khám, chữa bệnh cho người nghèo tỉnh Nghệ An.

-Trung tâm y tế huyện Qùy Châu.

Tên tôi :…………………………………Sinh năm:………….., Dân tộc:………….

Địa chỉ: Thôn, Bản…………………………………………………………………..

Xã , Thị trấn…………………………………Huyện Quỳ châu - Tỉnh Nghệ an

Điện thoại liên lạc:……………………………………………………………………

Số CMND(nếu có):……………………….do……………………cấp ngày……......

Số thẻ BHYT:………………………………………..Số bệnh án:…………………

Căn cứ quyết định số 61/QĐ-UBND ngày 22/11/2013 của Uỷ ban nhân dân tỉnh Nghệ An về việc quy định hỗ trợ một phần kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho người nghèo trên địa bàn tỉnh Nghệ An.

Tôi mắc bệnh:……………………………………………………………………….

Thời gian vào viện từ ngày / /2018 đến ngày / /2018; Số ngày điều trị:………. Đã điều trị tại khoa:…………………….., Trung tâm y tế Huyện Qùy Châu.

Tôi xin hỗ trợ:

1.Hỗ trợ tiền ăn:

2.Hỗ trợ tiền đi lại:

3.Hỗ trợ một phần chi phí khám chữa bệnh:

Tôi viết đơn này kính mong Qúy cơ quan xem xét hỗ trợ một phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh để cho bản than và gia đình tôi bớt một phần khó khăn trong cuộc sống.

Tôi xin chân thành cảm ơn.

*Qùy châu ngày tháng năm 2018*

XÁC NHÂN CỦA UBND XÃ, THỊ TRẤN NGƯỜI LÀM ĐƠN