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

 **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ MỘT PHẦN CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH**

Kính gửi: **Trung tâm y tế Huyện Quỳ Châu**

Họ và tên:………………………………………………………………………………

Ngày sinh:……………………………………………………………………………...

Quê quán:………………………………………………………………………………

Trú quán:……………………………………………………………………………….

Điện thoại liên hệ:……………………………………………………………………..

Đối tượng:**Hộ nghèo□ Dân tộc TS□ Trợ cấp XH□ Mắc bệnh UT, chạy thận, mổ tim□**

Khoa điều trị: **Ngoại sản □ Nội nhi lây □ YHCT □**

Số lần điều trị trong năm:…………………………………………………………….

Bệnh được chẩn đoán và điều trị:…………………………………………………..

 *Ngày ….. tháng ….. năm …….*

 **NGƯỜI LÀM ĐƠN**

 *(Ký, ghi rõ họ tên)*