|  |  |
| --- | --- |
|  | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨ VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ**

**MỘT PHẦN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, 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 YHTC**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  *Ngày……tháng…….năm………***NGƯỜI LÀM ĐƠN**(Ký, ghi rõ họ tên) |