N Y I L A T K O Z A T

**Alulírott**

név: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

születési név: ………………………………………………………………………………………………………………………….

születési helye, ideje: …………………………………………………………………………………………..…………………

anyja neve: ……………………………………………………………………………………………….…………….………………

lakóhelye: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………………………………………..

nyilatkozom, hogy a járási hivatal által részemre folyósítandó

* foglalkoztatást helyettesítő támogatást
* egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatást

az alábbi módon kérem kifizetni:

* postai utalással, az alábbi címre:

irányítószám: ……………………………………..

cím: ……………………………………………………………………………….……………………………….………………

………………………………………………………………………………………………….………………………….………..

emelet/ajtó: ……………………………………….

* bankszámlára utalással:

számlavezető bank neve: ………………………………………………..………………..…………………………

bankszámlaszám: ……………………………………………………………..………………….……………………..

kelt: ……………………………………..…………………………….

 ………………………………………..………………………………

 aláírás