

PARAISTEN KAUPUNKI

Vapaakortin hakeminen / asiakasmaksun palauttaminen

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO

Hakijan nimi	Sosiaaliturvatunnus
Osoite	Puhelin päiväsaikaan
Postinumero ja -paikkakunta	Sähköpostiosoite
Pankkitiedot / IBAN FI	

SELVITYS MAKSUKATTOA KERRYTTÄVISTÄ ASIAKASMAKSUISTA

Päivämäärä/hoitoaika	Hoitopaikka	Maksut yhteensä

Ystävällisesti liitä hakemukseen kopio kaikista kuiteista/laskuista.

- Haen maksukaton täyttymisen jälkeen laskutettujen asiakasmaksujen palauttamista.

Vapaakortin numero	Myöntämisen päivämäärä
Vapaakortin myöntänyt hoitolaitos	Maksettava summa

_____	_____
Päivämäärä	Allekirjoitus

Palauta lomake siihen palveluyksikköön, jossa maksukatto täyttyi.

