



Hakija	Nimi		Henkilötunnus
	Osoite		Puhelin kello 8.00-16.00
	Postinumero ja postitoimipaikka	Kotikunta	Pankki ja tilinumero
Huollettavat alle 18-vuotiaat lapset	Nimi	Henkilötunnus	Osoite ja kotikunta, ellei edellä oleva
Huoltaja/t, jos hakija on alle 18-vuotias	Nimi	Henkilötunnus	Osoite ja kotikunta, ellei edellä oleva
Hakemuksen kohde	Pyydän julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksukaton ylittymisen jälkeen myönnettävää maksuvapautusta niihin maksuihin, jotka kuuluvat maksukaton piiriin. Hakemukseen tulee liittää alkuperäiset tositteet kaikista niistä maksuista, jotka halutaan otettavaksi huomioon hakemuksessa.		
	Tositteiden yhteissumma euroina	Oma ilmoitus	<input type="text"/> ,00
Suostumus	Suostun samalla siihen, että maksukattoon liittyviä tietojani saa ilmoittaa muille sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille ja tietoa saa pyytää muilta maksuvapautuksen määrittämistä varten.		
Hakemuksen jättöpaikka	Lomake postitetaan osoitteella (ei suositella lähettämään sähköpostilla) Turun kaupungin hyvinvoinnin palvelukokonaisuus/maksukatto PL 670 20101 TURKU		
Hakijan allekirjoitus	Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.		
	Paikka	Aika	Allekirjoitus