

अनुसूची - २

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधि उपचार वापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदन

मिति:

विषय: औषधि उपचार वापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री वडाध्यक्षज्यू,

वडा नं. महादेवा गाउँपालिका सप्तरी, मधेश प्रदेश

उपरोक्त सम्बन्धमा महादेवा गाउँपालिका नं. वडा टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर वर्षको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. /नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जनमदर्ता प्रमाणपत्र नं.(१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) सम्पर्क नं. भएको म मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/ डायलाइसिस /क्यान्सर रोग निदान भएको/मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधि उपचार वापत मासिक पाँच हजार रुपियाँका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु । पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला ।

निवेदक:

हस्ताक्षर:

नाम थर: लिङ्ग

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. /नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जनमदर्ता प्रमाणपत्र नं.:

बैंक खाता नं.

बैंकको नाम : शाखा :

सम्पर्क मोबाइल नं.:

अनुसूची -१

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात भएको
प्रमाणित गर्ने

मिति:

श्री महादेवा गाउँपालिकाको कार्यालय
बथनाहा, सप्तरी ।

विषय: प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा महादेवा गाउँपालिका नं. वडा टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर वर्षको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. /नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जनमदर्ता प्रमाणपत्र नं.(१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) सम्पर्क नं. भएको श्री अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/ डायलाइसिस /क्यान्सर रोग निदान भएको/मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनी अस्पतालहरुको पुर्जी/कागजातहरुको विवरण जाँच बुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको :

हस्ताक्षर:

पुरा नाम थर:

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं. :

संस्थाको छाप :