

अनुसूची-१

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

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

मिति:.....

श्री.....गाउँपालिका
..... ।

विषय: प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका वडा नं.
..... गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर वर्षको राष्ट्रिय
परिचयपत्र नं./नागरिकता प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं. (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको
हकमा) सम्पर्क नं. भएको श्री को
..... साल महिना गते श्री अस्पतालमा मृगौला
प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/मेरुदण्ड पक्षघात निदान
भएको भनि अस्पतालहरूको पुर्जी/ कागजातहरूको विवरण जाँच बुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा:

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.:

संस्थाको छाप:



अनुसूची-२

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधी उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति :

विषय: औषधी उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा।

श्री वडा अध्यक्षज्यू,

वडा नं. गाउँपालिका

जिल्ला प्रदेश

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

निवेदक:

हस्ताक्षर:

नाम थर : लिङ्ग :

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

बैंक खाता नं.:

बैंकको नाम: शाखा :

सम्पर्क मोबाइल नं.:

