

अनुसुची-१
(दफा३ सँग सम्बन्धित)

श्री.....नगरपालिका, मिति २०८१/ /
नगरकार्यपालिकाको कार्यालय,रौतहट ।

बिषय:-प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त बिषयमानगरपालिका वडानं.....टोल.....स्थायी ठेगाना भएको
उमेर.....बर्षको.....ना.प.नं./पासपोर्ट नं./राष्ट्रिय प.प.नं./जन्मदर्ता प.प.नं.....सम्पर्क
नं. भएको श्री.....कोसाल.....महिनागते श्री.....
अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपन गरेको/डायलाइसिस गराईरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/
मेरुदण्ड पक्षधात निदान भएको भनि अस्पतालहरुको पुर्जी/कागजातहरुको बिबरण जाँच बुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखतः

पुरा नाम थरः

दर्जाः

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.

कार्यालयको छाप

अनुसुची-२
(दफा३ सँग सम्बन्धित)

मिति...../...../.....

बिषय:-औषधि उपचार वापत खर्च पाउँ बारे ।

श्री वडाअध्यक्ष ज्यु
वडा नं..... नगरपालिका,
जिल्ला..... प्रदेश.....

उपरोक्त बिषयमानगरपालिका वडानं.....टोल.....स्थायी ठेगाना भएको
उमेर.....बर्षको.....ना.प.नं./पासपोर्ट नं./ राष्ट्रिय प.प.नं./ जन्मदर्ता प.प.नं.....सम्पर्क
नं. भएको म श्री..... अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपन गरेको/डायलाइसिस गराईरहेको/क्यान्सर रोग
निदान भएको/
मेरुदण्ड पक्षधात निदान भएको भनि अस्पतालहरुको पुर्जा/कागजातहरुको बिबरण सहित औषधि उपचार वापत
मासिक पाँच हजार रुपियाँका दरले खर्च पाउँ भनि यो निवेदन पेश गरेको/गरेकी छु । पेश भएको ब्यहोरा ठिक
साचो हो झुट्टा ठहरे प्रचलित कानुन बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

निवेदक

दस्तखतः

नाम थरः-

लिडः-

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

बैंक खाता नं.....

बैंकको नाम.....

शाखा.....

सम्पर्क मोबाईल नं.....