

अनुसूची-२

(दफा ३ सँग सम्बन्धित )

औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति: .....

विषय: औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा।

श्री वडाध्यक्षज्यू,

वडा नं..... गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

जिल्ला....., प्रदेश.....

उपरोक्त सम्बन्धमा .....गाउँपालिका /नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका.....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 गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधि 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 सहूला बुझाउँला।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

नाम थर:.....लिङ्ग:.....

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

बैंकखाता नं.....

बैंकको नाम: .....शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं:.....



  
  
नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या प्रशासन  
रामशाहपथ, काठमाडौं