

अनसूची - १

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले प्रत्यारोपण गरेका/ डायलाइसिस गराइरहेका/ क्यान्सर रोगी/ मेरुदण्ड पक्षघात  
भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा

मिति : .....

श्री ..... गाउँपालिका/नगरपालिका/महानगरपालिका

..... ।

विषय : प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा ..... गाउँपालिका/नगरपालिका/महानगरपालिका ..... नं वडा  
..... गाँउ/टोल/स्थायी ठेगना भएको उमेर ..... वर्षको ..... राष्ट्रिय  
परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं/ जन्मदर्ता प्रमाणपत्र (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) .....  
सम्पर्क नं भएको श्री ..... को ..... साल ..... महिना .....  
गते श्री ..... अस्तपालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डाइलाइसिस गराइरहेको/  
क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पलतालहरुको पूर्जी/ कागजातहरुको  
पूर्जी/ कागजातहरुको विवरण जाँच बुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम, थर :

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं :

संस्थाको छाप :

अनसूची — २

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

**औषधी उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा**

मिति : .....

श्री वडाध्यक्ष ज्यू,

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

जिल्ला ....., प्रदेश .....

विषय : औषधी उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा ..... गाउँपालिका/नगरपालिका/महानगरपालिका ..... नं वडा  
..... गाँउ/टोल/स्थायी ठेगना भएको उमेर ..... वर्षको ..... राष्ट्रिय  
परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं/ जन्मदर्ता प्रमाणपत्र (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) .....  
सम्पर्क नं भएको म ..... मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डाइलाइसिस गराइरेहको/ क्यान्सर रोग  
निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधी  
उपचार बापत मासिक पाँच रुपियाँका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु । पेश भएको व्यहोरा ठीक  
साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानुन बमोजिम सहुला बुझाउँला ।

**निवेदक :**

हस्ताक्षर : .....

नाम थर : ..... लिङ्ग : .....

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

बैंकखाता नं .....

बैंकको नाम: ..... शाखा .....

सम्पर्क मोबाइल नं. : .....