

## अनुसूची १

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

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

प्रमाणित गर्ने ढाँचा

मिति:.....

श्री, .....गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

जिल्ला....., प्रदेश..... ।

विषय: प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा..... 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 श्री ..... को .....  
अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको / डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको / मेरुदण्ड  
पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरुको पुर्जी / कागजातहरुको विवरण जाँचबुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत: .....

पुरा नाम थर: .....

दर्जा : .....

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं: .....

संस्थाको छाप:

अनुसूची २

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति:.....

श्री वडाध्यक्षज्यू,

वडा नं....., ..... गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका  
जिल्ला....., प्रदेश..... ।

विषय: औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

उपरोक्तसम्बन्धमा.....गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका  
..... वडा ..... 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 सहुँला  
बुझाउँला ।

निवेदक:

हस्ताक्षर.

नाम थर: .....

लिङ्ग: .....

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

बैंकखाता नं.....

बैंकको नाम: .....

शाखा: .....

सम्पर्क मोबाइल नं.....

