

अनुसूची १

(दफा ३ संग सम्बन्धित)

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

मिति :

श्री फुडलिङ नगरपालिका

ताप्लेजुङ ।

विषय : प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा फुडलिङ नगरपालिका..... वडा नंगाँउ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर
.....वर्षकोराष्ट्रिय 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 चिकित्सको :

दस्तखत :

पुरा नामथर :

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं :

संस्थाको छाप :

अनुसूची २
(दफा ३ संग सम्बन्धित)

मिति :

विषय : औषधी उपचार वापत खर्च पाँउ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री वडा अध्यक्ष ज्यु
..... नं वडा कार्यालय
फुडलिङ नगरपालिका ताप्लेजुङ
कोशी प्रदेश, नेपाल

उपरोक्त सम्बन्धमा फुडलिङ नगरपालिका..... वडा नंगाँउ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर
.....वर्षकोराष्ट्रिय 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 औषधी उपचार वापत मासिक पाँच हजार रुपैयाका दरले खर्च पाँउ भनि निवेदन पेश गरेको
छु । पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

निवेदक :

हस्ताक्षर

नामथर :..... लिङ्ग :.....

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

बैंक खाता नं :.....

बैंकको नाम :..... शाखा :.....

सम्पर्क मोबाइल नं :.....