

श्रीमान् प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत ज्यु,
करैयामाई गाउँपालिका ,बारा।

विषय:-औषधी उपचार वापतको खर्च रकम उपलब्ध गराई दिने बारे।

महोदय,

प्रस्तुत विषयमा निवेदन यो छ कि यस करैयामाई गा.पा.....वडा नं.....गाउँ /टोल
स्थायी ठेगाना भएको उमेर.....वर्षनागरिकता प्रमाण पत्र नं./जन्म
दर्ता प्रमाण पत्र नं.(१६वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा).....सम्पर्क नं. भएको
म..... मृगौला प्रत्यारोपण गरेका /मृगौला डायलाईसिस
गराई रहेका/क्यान्सर रोगको निदान भई उपचार गराई रहेका /मेरुदण्ड पक्षघात भई उपचार गराई
रहेकाले औषधी उपचार वापतको मासिक पाँच हजार रुपैयाका दरले उपचार खर्च मृगौला प्रत्यारोपण
गरेका, डायलाईसिस गराई रहेका,क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिमारीलाई औषधी उपचार
वापत खर्च उपलब्ध गराउने कार्यविधि,२०७८ बमोजिम नयाँ दर्ता/नवीकरण गरी उपलब्ध गराई दिनु
हुन अनुरोध गर्दछु। साथै कार्यविधिमा उल्लेख भए बमोजिमको अन्य सुविधा नियमानुसार नलिएको
ब्यवहोरा अनुरोध छ।

माथि लेखिएको ब्यवहोरा ठीक साँचो हो,झुटा ठहरे कानुन बमोजिम सहुंला बुझाउँला।

पेश गरेको कागजातहरु:

- १.नागरिकताको प्रतिलिपी-१ थान
२. अनुसुचि-१-१ प्रति
- ३.अनुसुचि-२-१ प्रति
- ४.वडा कार्यालयको सिफारिस- १ प्रति
- ५.उपचार गराई रहेको प्रतिलिपी-१ प्रति
- ६.स्थाई लेखा नं. (PAN NO)को तथा राष्ट्रिय परिचय पत्रको प्रतिलिपी-
७. कुमारी बैक करैयामाई शाखाको चेक बुकको फोटोकपी -

निवेदकको सही:-

नाम:-

ठेगाना:-

सम्पर्क नं.-

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.....।

विषय:- प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्तविषयमा.....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.....
साल.....महिना.....गते श्री.....अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण
गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि
अस्पतालहरूको पुर्जा/कागजातहरूको विवरण जाँच वुझ 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 वापत खर्च पाउनुका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति:

विषय: औषधि उपचार वापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री वडाध्यक्षज्यू,

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

जिल्ला..... प्रदेश.....

उपरोक्त सम्बन्धमा गाउँपालिका/नगरपालिका/
उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका वडा नं. गाउँ/टोल/स्थानीय ठेगाना
भएको उमेर..... वर्षको राष्ट्रिय परिचय पत्र नं./नागरिकता प्रमाण पत्र नं./
जन्मदर्ता नं. (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा)..... सम्पर्क नं. भएको
म..... मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाईसिस गराइरहेको
/क्यान्सर रोगको निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक
कागजात सहित औषधि उपचार वापत मासिक पाँच हजार रुपैया का दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश
गरेको छु । पेश भएको व्यहोरा ठिक साँचो हो, झुठो ठहरो प्रचलित कानून वमोजिम सहुलता बुझाउँछु ।

निवेदक:

हस्ताक्षर

नाम/थर लिङ्ग

राष्ट्रिय परिचय पत्र/नागरिकता नं./जन्मदर्ता प्रमाण पत्र नं.....

नेक खाता नं. शाखा.....

सम्पर्क मोबाईल नं.