

## अनुसूची-१

(दफा ३ संग 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 ।

उपरोक्त विषयमा ..... गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका .....  
वडा नं ..... गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर ..... वर्षको ..... राष्ट्रिय परिचय पत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र  
नं/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं (१६ वर्ष भन्दा मुनिको 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 जांच बुझ गरि प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा:

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप:

अनुसूची-२

(दफा ३ संग सम्बन्धित)

औषधि उपचार खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति: .....

विषय: औषधि उपचार वापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री वडा अध्यक्ष ज्यू,

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 (१५ 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 कागजातसहित औषधि उपचार वापत मासिक पाँच हजार रुपैयाका दरले खर्च पाउँ  
भनि निवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठिक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहुला बुझाउला।

निवेदक:

हस्ताक्षर: .....

नाम, थर: ..... लिङ्ग: .....

राष्ट्रिय परिचय पत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं: .....

बैंक खाता नं: .....

बैंकको नाम: ..... शाखा : .....

सम्पर्क मोबाइल नं: .....