

अनुसूची - २

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधी उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदन

मिति: .....

विषय: औषधी उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री वडा अध्यक्षज्यू

..... नं. वडा कार्यालय

देवघाट गाउँपालिका

तनहुँ जिल्ला, गण्डकी प्रदेश, नेपाल ।

उपरोक्त सम्बन्धमा देवघाट गाउँपालिका 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 म ..... मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधी उपचार बापत मासिक रु. पाँच हजार रुपैयाका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु । पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहुंला बुझाउँला ।

**निवेदक:**

हस्ताक्षर:

नाम थर: ..... लिङ्ग: .....

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

बैंक खाता नं.: .....

बैंकको नाम: ..... शाखा: .....

सम्पर्क मोबाइल नं.: .....