



स्वामीकार्तिक खापर गाउँपालिका  
SWAMIKARTIK KHAPAR RURAL MUNICIPALITY  
**गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय**  
OFFICE OF THE RURAL MUNICIPAL EXECUTIVE  
सुईजीउला वाई, बाजुरा  
SUJEULA WAI, BAJURA  
सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल  
SUDURPASHCHIM PROVINCE, NEPAL



औषधी उपचार वापतको खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी सूचना

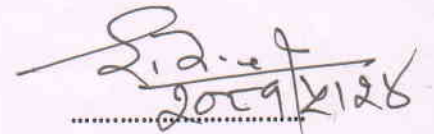
मिति : २०८१/०५/२४ गते

प्रस्तुत विषयमा "मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डाइलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघात भएका विरामीलाई औषधी उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८" बमोजिम यस स्वामीकार्तिक खापर गाउँपालिका अन्तर्गतका वडाहरूमा माथि उल्लेखित विरामीहरूले यो सूचना प्रकाशन भएको मितिले १५ दिन भित्र आ-आफ्नो वडा कार्यालयमा तोकिएको ढाँचामा तपशिल बमोजिमका कागजात तथा विवरण संलग्न गरी दर्ता गराउनु हुन अनुरोध छ । साथै दर्ता हुन आएका विरामीलाई यसै आ.व. २०८१/०८२ बाट सोही कार्यविधिको दफा ४ बमोजिम औषधी उपचार खर्च भुक्तानी गर्ने व्यहोरा सम्बन्धित सबैको जानकारीका लागि अनुरोध छ ।

तपशिल:

१. अनुसूची १ बमोजिम चिकित्सकले प्रमाणित गरेका फारम( रोग निदान तथा उपचार गराईरहेका प्रिस्क्रिप्सन प्रतिलिपि सहित),
२. अनुसूची २ बमोजिम निवेदन, राष्ट्रिय परिचयपत्र/नागरिकता/जन्मदर्ता प्रमाणपत्र(१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा प्रतिलिपि),
३. हिमालयन बैंकमा खाता खोलिएको चेकको प्रतिलिपि,
४. सम्बन्धित वडा कार्यालयको सिफारिस पत्र
५. सम्पर्क नं.

नोट: थप जानकारीका लागि स्वास्थ्य शाखा प्रमुख सम्पर्क नं. ९८६५७५२५९९

  
२०८१/०५/२४

अमर बहादुर रोकाया

नि.प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत  
अमर बहादुर रोकाया  
नि.प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

अनुसूची १

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डाइलासिस गराईरहेको/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा :

मिति:.....

श्री स्वामीकार्तिक खापर गाउँपालिका,  
सुईजीउला, वाई, बाजुरा ।

विषय:प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा स्वामीकार्तिक खापर गाउँपालिका वडा नं.....गाउँ टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर .....वर्षको .....राष्ट्रिय परिचय पत्र नं./नागरिकताको प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं. (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) .....सम्पर्क नं. भएको श्री .....को .....साल .....महिना.....गते श्री ..... अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डाइलासिस गराईरहेको/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरुको पूर्जि/कागजातहरुको विवरण जाँचबुझ गरी प्रमाणित गर्दछु ।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नामथर:

दर्जा

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं.

संस्थाको छाप:

अनुसूची २

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

मिति:.....

विषय: औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री वडा अध्यक्ष ज्यू,

वडा नं.....स्वामीकार्तिक खापर गाउँपालिका, जिल्ला: बाजुरा, प्रदेश: सुदूरपश्चिम प्रदेश ।

उपरोक्त विषयमा स्वामीकार्तिक खापर गाउँपालिका वडा नं.....गाउँ टोल स्थायी ठेगाना भएको उमेर .....वर्षको ..... राष्ट्रिय परिचय पत्र नं./नागरिकताको प्रमाणपत्र नं./जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं. (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा) .....सम्पर्क नं. भएको श्री .....को .....साल .....महिना.....गते श्री ..... अस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डाइलासिस गराईरहेको/क्यान्सर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधि उपचार बापत मासिक पाँच हजार रुपैयाँका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु । पेश भएको व्यहोरा ठिक साँचो हो । भुटा ठहरे कानून वमोजिम सहुला, बुझाउँला ।

निवेदक:

हस्ताक्षर:

नामथर:

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

बैंक खाता नं.

बैंकको नाम: .....शाखा.....

सम्पर्क मोबाईल नं.....