



# फुङलिङ नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको कार्यालय



प.सं.- २०८१।८२

च.नं०१

(कोशी प्रदेश, नेपाल)

मिति: २०८१।०४।०९


## मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/ डायलाइसिस गरिरहेको/क्यानसर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात भएका लाभग्राहीको नवीकरण सम्बन्धी सूचना

प्रस्तुत विषयमा फुङलिङ नगरपालिका भित्रका मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस गरिरहेको/क्यानसर रोग/मेरुदण्ड पक्षघात भएका बिरामीको भत्ता प्राप्त गरिरहनु भएका सम्पूर्ण लाभग्राहीहरूले चालु आ.ब.२०८१।८२ मा नियमित औषधी उपचार खर्च वापत भत्ता प्राप्त गर्नको लागि मिति २०८१।०४।०९ देखि २०८१।०४।३२ गते सम्ममा लाभग्राही आफै फुङलिङ नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा देहायमा उल्लेखित कागजपत्र लिई अनिवार्य रूपमा औषधी उपचार खर्च वापतको भत्ता नवीकरण गर्नुहुन यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ। तोकिएको समयमा नवीकरण नगराएमा भत्ता प्रदान गरिने छैन। कुनै पनि लाभग्राहीको औषधी उपचार खर्च वापतको भत्ता छुट्टन गएमा र निजले पुन प्राप्तिका लागि निवेदन दिएमा निवेदन पश्चात नयाँ लाभग्राही सरह औषधी उपचार खर्च वापतको भत्ता उपलब्ध गराइनेछ।

### आवश्यक कागजपत्रहरू

- नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
- बालबालिकाको हकमा जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि र संरक्षकको नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
- आवश्यकता अनुसार बसाई सराई दर्ता प्रमाणपत्र तथा विवाह दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
- अनुसूची-१ बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकको सिफारिस
- अनुसूची-२ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन
- बैंक खाता र चेकको फोटोकपी

नोट : अनुसूची-१ र अनुसूची-२ फुङलिङ नगरपालिकाको website [phunglingmun.gov.np](http://phunglingmun.gov.np) बाट डाउनलोड गर्न सकिनेछ साथै तोकिएको समयमा नवीकरण नगराएमा भत्ता प्रदान गरिने छैन। विरामी अशक्त भएका लाभग्राहिको हकमा निजको नजिकको हकदारले नवीकरण गर्ने व्यवस्था गरिनेछ।

  
जय नारायण खरेल  
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत  
नगर कार्यपालिका

## 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 नं .....गाँउ/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 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 नं .....गाँउ/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 वापत मासिक पाँच हजार रुपैयाका दरले खर्च पाँउ भनि निवेदन पेश गरेको  
छु । पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो, झुट्टा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूँला बुझाउँला ।

निवेदक :

हस्ताक्षर .....

नामथर :..... लिङ्ग :.....

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

बैंक खाता नं :.....

बैंकको नाम :..... शाखा :.....

सम्पर्क मोबाइल नं :.....

