



रामेछाप नगरपालिका नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

रामेछाप बजार, रामेछाप
बागमती प्रदेश, नेपाल

फोन नं ०४८४००११७ (प्रमुख)
०४८४००११८ (उपप्रमुख)
०४८४००११६ (प्र.प.अधिकृत)
०४८४०००१२ (प्रशासन)

प.स: ०७९।८०

च.नं. १४२

श्री वडा कार्यालयहरू सबै,
रामेछाप नगरपालिका ।

मिति: २०७९।५।१

विषय: दीर्घ रोगीहरूको उपचार खर्चका लागि विवरण संकलन तथा दर्ता सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा रामेछाप नगरपालिका भित्रका ९ वटै वडाहरूमा स्थायी ठेगाना भई उपचार गराइरहेका मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाइसिस गरिरहेका, क्यान्सर रोग प्रमाणित भै चिकित्सकको फलोअपमा नियमित औषधि सेवन गरिरहेका निको नभएका विरामीहरू र मेरुदण्ड पक्षघात भै रातो र निलो कार्ड भएका विरामीहरूलाई मासिक रु ५०००।० (अक्षरूपी रु पाँच हजार मात्र) औषधि उपचार खर्च वापत पाउने रकमका लागि सम्बन्धित वडा कार्यालले आ आफ्नो वडामा माथि उल्लेखित विरामीहरूको सम्पूर्ण विवरण दीर्घ रोगी विरामीलाई औषधि उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि -२०७८ बमोजिम विवरण संकलन तथा दर्ता गराउनु हुन अनुरोध छ ।

तपश्चिल:

१ अनुसूची -१ बमोजिम:

क उपचाररत रहेको अस्पतालको विरामी पुर्जाको प्रतिलिपि -१ प्रति ।

ख चिकित्सकले रोग प्रमाणित गरेको सिफारिस पत्र प्रतिलिपि सक्कलै -१ प्रति

ग बिपन्न प्रमाण पत्र वा सम्बन्धित वडाको विपन्न हो भनी सिफारिस गरिएको पत्र -१ प्रति

घ लाभग्राही विरामी को बैंक खाता नंम्बर रा वा बैंक मात्र ।

ङ राष्ट्रिय परिचय पत्र / नागरिकता वा नाबालकको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपि -१ प्रति

च पासपोर्ट साईजको फोटो -४ प्रति

२ अनुसूची -२ बमोजिमको ढाँचामा विरामीको निवेदन पत्र ।

३ अनुसूची -४ बमोजिम फाराम भरि वडा कार्यालयमा अभिलेख राखि नगर कार्यपालिकाको कार्यालयमा मासिक रूपमा विवरण पेश गर्नु हुन ।

नोट: औषधि उपचार वापत खर्च त्रैमासिक रूपमा सम्बन्धित विरामीको बैंक खातामा भुक्तानी हुने समेत जानकारी गरिन्छ ।

रामचन्द्र लामगादे

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत
रामचन्द्र लामगादे
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

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 स्थयी 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 श्रीअस्पतालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/डायलाइसिस
गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/ मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको भनि अस्पतालहरूको पुर्जी/
कागजातहरूको विवरण जाँच बुझ गरीप्रमाणित गर्दछु।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा :

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप:

अनुसूची-२

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

औषधि उपचार बापत खर्च पाउनका लागि दिने निवेदनको ढाँचा

मिति:

विषय: औषधि उपचार बापत खर्च पाउँ भन्ने सम्बन्धमा।

श्री वडाध्यक्षज्यू,

वडा नं..... गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका
जिल्ला....., प्रदेश.....

उपरोक्त सम्बन्धमागाउँपालिका /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 म
..... मृगौला प्रत्यारोपण गरेको/ डायलाइसिस गराइरहेको/क्यान्सर रोग निदान भएको/
मेरुदण्ड पक्षघात निदान भएको व्यक्ति भएकोले सम्पूर्ण आवश्यक कागजात सहित औषधि उपचार बापत
मासिक पाँच हजार रुपियाँका दरले खर्च पाउँ भनि निवेदन पेश गरेको छु। पेश भएको व्यहोरा ठीक साँचो हो,
झुठा ठहरे प्रचलित कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला।

निवेदक:

हस्ताक्षर.....

नाम थर:.....लिङ्ग:.....

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

बैंकखाता नं.....

बैंकको नाम:शाखा:.....

सम्पर्क मोबाइल नं:.....

अनसूची-४

(दफा. ७ सँग सम्बन्धित).

औषधि उपचार बापत खर्च पाउने व्यक्तिहरूको अभिलेख राख्ने ढाँचा

[illegible]