



अजिरकोट गाउँपालिका  
Ajirkot Rural Municipality  
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय



Office of The Rural Municipal Executive

भञ्जेक, गोरखा, गण्डकी प्रदेश, नेपाल  
Bhanchek, Gorkha (Gandaki Province)

प.सं.(Ref. No.): २०८०/०८९

च.नं.(Disp. No.): ०६



मिति : २०८०/०४/०४

**विषय : मासिक ५०००/- औषधि उपचार खर्च पाउन योग्य व्यक्तिहरुको विवरण संकलन र नविकरण सम्बन्धमा ।**

श्री सरोकारवालाहरु सबै  
अजिरकोट गाउँपालिका ।

प्रस्तुत विषयमा मृगौला प्रत्यारोपण गरेका, डायलाईसिस गराईरहेका, क्यान्सर रोगी र मेरुदण्ड पक्षघातका बिरामीहरुलाई औषधि उपचार वापत खर्च उपलब्ध गराउने सम्बन्धि कार्यविधि २०७८ बमोजिम ( रोग निको नहुन्जेल सम्म मासिक रु ५००० औषधि उपचार खर्च ) सेवा प्राप्त गर्नको लागि तपसिल बमोजिमको मापदण्ड पुगेका लाभग्राहीहरुले अनुसुचि १ फारम सहित आवश्यक कागजात र अनुसुचि २ फारम भरि आफ्नो वडा कार्यालयमा निवेदन दिनुहुन सम्बन्धित सबैमा जानकारी गराईन्छ ।

**तपसिल :**

१. मृगौला प्रत्यारोपण गरेका बिरामीहरु ।
२. मृगौलामा समस्या भई हाल डायलाईसिस गराईरहेका बिरामीहरु ।
३. क्यान्सर रोगको लागि हाल निरन्तर उपचार गरिरहेका व्यक्तिहरु ।
४. मेरुदण्ड पक्षघात भई अपंगता सम्बन्धि रातो र निलो परिचय पत्र प्राप्त गरेका व्यक्तिहरु ।

**आवश्यक कागजातहरु :**

१. गरिवीको परिचय पत्र प्राप्त वा वडा कार्यालयबाट गरिब/विपन्न व्यक्ति हो भनि प्रमाणित सिफारिस पत्र ।
२. उपरोक्त रोग लागेको र हाल उपचार गराईरहेको विवरण खुल्ने अनुसुचि १ बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकको सिफारिस पत्रको प्रतिलिपि ।
३. राष्ट्रिय परिचय पत्र वा नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, नाबालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि ।
४. बिरामीकै नामको बैङ्क खाताको चेकबुकको प्रतिलिपि । ( खाता सत्रिय रहेको )

**बोधार्थ :**

- श्री वडा कार्यालय सबै अजिरकोट गाउँपालिका ।

नोट : नेपाल सरकारको वा नेपाल सरकारको पूर्ण वा अधिकांश स्वामित्व भएको संस्था वा संगठनबाट रोजगारी/विदेशी सरकारबाट पेन्सन वा विदेशी सरकारबाट रोजगारी/नेपाल सरकारबाट पेन्सन प्राप्त गरिरहेको व्यक्तिहरु र नेपाल सरकार बाट उपलब्ध गराईदै आएको कुनैपनि भत्ता प्राप्त गरिरहेका व्यक्तिहरुको हकमा यो सेवा उपलब्ध गराईने छैन । गत आ.व २०७९/०८० मा यो सेवा प्राप्त गरेका बिरामीहरुको समेत हाल नियमित उपचारमा रहेको भए उपरोक्त कागजात सहितको निवेदन पुनः संकलन गरि पठाउनु पर्नेछ ।

*Prakash*  
2080/04/04

(प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत)  
नवराज अवस्थी

**नवराज अवस्थी**  
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

Email: [ajirkotrm@gmail.com](mailto:ajirkotrm@gmail.com) | Website: [www.ajirkotmun.gov.np](http://www.ajirkotmun.gov.np) | Contact: 9856010055/9846288323

Facebook Page : <https://www.facebook.com/AjirkotRuralMunicipality>

“दीगो विकास, हाम्रो सोच,  
सुन्दर, शान्त, समृद्ध अजिरकोट”

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

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 श्री .....अस्पतालमा 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 सम्बन्धमा .....गाउँपालिका /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, झुट्टा 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.:.....