

(स्वास्थ्य राहात कोष संचालन कार्यविधि २०७४ को दफा ७ संग सम्बन्धित)

## अनुसूची-१

श्रीमान् नगर प्रमुख ज्यू  
घोडाघोडी नगरपालिकाको कार्यालय  
कैलाली, ७ नं. प्रदेश

विषय :-राहात पाउ ।

घोडाघोडी नगरपालिका वडा नं..... बस्ने .....को श्रीमति/छोरा/छोरी  
बर्ष.....को.....लाई.....रोग लागेको र उक्त  
रोगको उपचार गर्न मेरो आर्थिक हैसियत नभएको ले तपशिलमा उल्लेखित  
कागजातहरु संलग्न राखी नगरपालिका बाट सहायता रकम पाउन यो निवेदन पेश  
गरेको छु ।

संलग्न कागजातहरु :

- १) नेपाली नागरिकताको प्रमाण पत्र को प्रतिलिपी
- २) मेडीकल काउन्सीलमा दर्ता भएको मेडीकल  
अधिकृतको प्रेस्क्रिप्सन रिपोर्ट
- ३) वडा कार्यको सिफरिस पत्र
- ४) विल भरपाईको सक्कली विल थान.....
- ५) अन्य भए

निवेदक

दस्तखत :

नाम :

ठेगाना :

मिति :

आज्ञाले  
कीर्तन राज पौडेल  
प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत