

સ ટી ફી કે ટ

શ્રી જ્યો વોર્ડના મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલર છે. તેઓએ / તેમના આશ્રિતશ્રી જ્યો તેમના થાય છે. તેમણે હોસ્પિટલમાં તા. - -૨૦૨ થી તા. - -૨૦૨ સુધી સારવાર લીધેલી છે. તેમની સારવાર દરમિયાન હોસ્પિટલ તરફથી લખી આપેલ પ્રિસ્ક્રિપ્શન મુજબની દવા (ઈન્જેક્શનો) ટેબ્લેટ્સ બહારથી તેમના ખર્ચે લાવવામાં આવેલા, જેના બીલ આ સાથે સામેલ છે. તે અંગે નીચેનું પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે :-

૧. દર્દીએ રજૂ કરેલ તારીખ અનુસાર બિલો આ હોસ્પિટલ તરફથી લખી આપેલ પ્રિસ્ક્રિપ્શન મુજબની દવા અંગેના છે.
૨. દર્દીએ લીધેલ દવાઓ-ઈન્જેક્શનો વિગેરે માન્ય મ્યુનિસિપલ હોસ્પિટલના મેડીકલ ઓફીસરના પ્રિસ્ક્રિપ્શનના આધારે આવેલા છે / અથવા / તેમજ / માન્ય હોસ્પિટલના કન્સલ્ટીંગ ડોક્ટરના પ્રિસ્ક્રિપ્શનના આધારે લાવવામાં આવેલ છે.
૩. પ્રિસ્ક્રાઈબ કરવામાં આવેલ દવા ઈન્જેક્શન ટેબ્લેટ્સ વિગેરેનો શીડ્યુલ-૧ તથા ૨ માં સમાવેશ થતો નથી.
૪. પ્રિસ્ક્રાઈબ કરી આપેલ દવા, ઈન્જેક્શનો, ટેબ્લેટ્સ વિગેરે શીડ્યુલ-૧ તથા ૨ માં નિર્દિષ્ટ છે પરંતુ, તે અત્રેની હોસ્પિટલમાં અપ્રાપ્ય છે.
૫. પ્રિસ્ક્રાઈબ કરવામાં આવેલ દવાઓ વિગેરે શીડ્યુલમાં નથી, પરંતુ કન્સલ્ટન્ટના અભિપ્રાય મુજબ દર્દીના દર્દ નિવારણ જીંદગી બચાવવા અનિવાર્ય છે.

તા. - -૨૦૨

સુપ્રિન્ટેન્ડન્ટ

..... હોસ્પિટલ

નોંધ - ઉપરોક્ત વિગત નં. ૩, ૪ અને ૫ પૈકી જે જરૂરી હોય તે રાખી બાકીની વિગત કેન્સલ કરવી

તારીખો

ક્રમ	બીલ નંબર	તારીખ	મેડીકલ સ્ટોર્સનું નામ	બીલની રકમ
૧				
૨				
૩				
૪				
૫				
૬				
૭				
૮				
૯				
૧૦				
કુલ=====➔				



અમદાવાદ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન

મ્યુનિસિપલ સેક્રેટરી ઓફીસ

ત્રીજો માળ, સી-બ્લોક, સરદાર પટેલ ભવન, દાણાપીઠ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૧.

ફક્ત મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલરશ્રી માટે

વૈદકીય સારવાર અંગે થયેલ ખર્ચ પરત મેળવવા અંગેનું અરજી ફોર્મ

તા. - -૨૦૨

મ્યુનિસિપલ સેક્રેટરીશ્રી,

હું અમદાવાદ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશનના
..... (વોર્ડ નંબર) વોર્ડનો મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલર છું. મારો મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલર
નંબર છે.

મારી/ મારા આશ્રિત શ્રી ની
..... હોસ્પિટલમાં કરાવેલ વૈદકીય સારવાર અંગે ડોક્ટરશ્રી ના.
તા. - -૨૦૨ થી તા. - -૨૦૨ સુધીના પ્રિસ્ક્રિપ્શનો મુજબ બહારથી દવા ઈન્જેક્શન ખરીદવા પડેલ છે. આ સાથે
સામેલ તારીખ મુજબ અને તે અંગે દવાના કેશમેમોના અનુક્રમ નંબર.....થી..... નું
રૂા.....અંકે પુરાનું ખર્ચ થયેલ છે. જેના
બીલો તથા આર.એમ.ઓ./આર.ઓ.એચ.શ્રીનું નમુના મુજબનું સર્ટીફિકેટ આ સાથે સામેલ છે. તો મને થયેલ ખર્ચની રકમ
પરત આપવા વિનંતી છે.

મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલરશ્રીની સહી

ડે ક્લે રે શ ન

આથી હું મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલર શ્રી
જણાવું છું કે શ્રીજેઓ મારા આશ્રિત પતિ / પત્નિ /
પુત્ર / પુત્રી / પિતા / માતા / અગર અપરિણિત ભાઈ-બહેન છે અને તેઓ મારી સાથે રહે છે અને બધી રીતે મારા
આશ્રિત છે.

તા. - -૨૦૨

મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલર

એનેક્ષર - 'એ'

- (૧) કાઉન્સીલરશ્રીનું નામ :
- (૨) કાઉન્સીલરશ્રીનો નંબર :
- (૩) ખાતાનું નામ : મ્યુનિસિપલ સેક્રેટરી ઓફિસ
- (૪) દર્દીનું નામ :
- (૫) દર્દી કાઉન્સીલરશ્રીના આશ્રીતની વ્યાખ્યામાં આવે છે કે કેમ? :
- (૬) દર્દીની ઉમર :
- (૭) દર્દીનો વૈવાહિક દરજ્જો :
- (૮) હોસ્પિટલનું નામ :
- (૯) બિમારીનો પ્રકાર :
- (૧૦) સારવાર કરનાર તબીબનું નામ :
-
- (૧૧) કઈ તારીખથી સારવાર ચાલે છે? :
- (૧૨) સારવાર આશરે કેટલો સમય ચાલે તેવી સંભાવના છે ? :
- (૧૩) દર્દીએ રજૂ કરેલ બીલોના સારવારનો સમયગાળો : (તા. - -૨૦૨ થી તા. - -૨૦૨ સુધી)
- (૧૪) દર્દીએ આ અગાઉ રજૂ કરેલ બીલોના સારવારનો સમયગાળો : (તા. - -૨૦૨ થી તા. - -૨૦૨ સુધી)
- :
- (૧૫) દર્દીએ ચાલુ વર્ષે મજરે મેળવેલ સારવાર ખર્ચની રકમ :

કાઉન્સીલરશ્રીની સહી

AMDAVAD MUNICIPAL CORPORATION

MUNICIPAL COUNCILLOR'S BANK DETAILS

(FOR ECS PAYMENT)

NAME OF MUNI. COUNCILLOR	:												
MUNI COUNCILLOR NO.	:												
NAME OF WARD	:												
BANK NAME	:												
BRANCH NAME & ADDRESS	:												
MICR NO (9 DIGIT)	:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
IFSC CODE (11 DIGIT)	:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
ACCOUNT NO	:												
ACCOUNT TYPE (CURRENT/SAVING/CC)	:												

**SIGNATURE OF
MUNICIPAL COUNCILLOR**

એનેક્ષર - 'બી'

૧. દરેક મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલરશ્રીએ પ્રિસ્ક્રિપ્શન અને દવાના બીલો કોરા કાગળ ઉપર ચોટાડયા બાદ દવાના બીલોમાં, દવાના બીલોના તારીખમાં તથા નમૂના મુજબના સર્ટિફિકેટમાં આર.એમ.ઓશ્રીના સહી-સિક્કા કરાવવાના રહેશે. આ સહી-સિક્કા કરાવતી વખતે દવાના નામ, તેનો જથ્થો તથા રકમ વાંચી શકાય તેનું ખાસ ધ્યાન રાખવાનું રહેશે.
૨. સારવાર કે દવા લીધા બાદ વધુ માં વધુ ૫ થી ૬ માસ દરમિયાન દવાના બિલો રીઅમ્બર્સમેન્ટ અર્થે રજૂ કરવાના રહેશે.
૩. મેડીકલ રીઅમ્બર્સમેન્ટ અંગેનો દાવો રજૂ કરનાર દરેક મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલરશ્રીએ પોતાની ઓ.પી.ડી. સારવાર પુસ્તિકામાં સક્ષમ તબીબશ્રી પાસે પ્રિસ્ક્રિપ્શન મુજબ દવાઓ અવશ્ય લખાવવાની રહેશે તથા આ સારવાર પુસ્તિકા નિયમાનુસાર વખતોવખત નવી મેળવી લેવાની રહેશે. તદ્ઉપરાંત પોતાની સારવાર પુસ્તિકામાં રીઅમ્બર્સમેન્ટની રકમની નોંધ કરાવીને આર.એમ.ઓ. શ્રીના સહી-સિક્કા કરાવવાના રહેશે.

ચેક લીસ્ટ

૧. મ્યુનિસિપલ કાઉન્સિલરશ્રીની સારવાર પુસ્તિકાની નકલ

૨. સુપ્રિન્ટેન્ડન્ટ / આર.એમ.ઓ. શ્રી દ્વારા પ્રમાણિત કરેલ અસલ બિલો

૩. બેંકની વિગત