



નગર પ્રાથમિક શિક્ષણ સમિતિ, અમદાવાદ

-: પેન્શન વિભાગ :-



પેન્શન નંબર :-

વૈદકીય સારવાર અંગે થયેલ ખર્ચ પરત મેળવવા અંગેનું
પેન્શનરોનું અરજી ફોર્મ

મહે, શાસનાધિકારી સાહેબ,
નગર પ્રાથમિક શિક્ષણ સમિતિ,
અમદાવાદ.

તારીખ : - -૨૦

સવિનય જણાવવાનું કે હું શ્રી અમદાવાદ મ્યુનિ સ્કુલ બોર્ડની
પેન્શન યોજનામાં રહેલ નિવૃત્ત કર્મચારી છું. મારો પેન્શન નંબર છે.

હું સને ૨૦... - ૨૦... ના નાણાંકીય વર્ષ દરમ્યાન રીઈમ્બર્સમેન્ટ બિલ યોજનામાં રહ્યો છું / નથી તથા મારા
મારા માસિક પેન્શન સાથે ઉચ્ચ રોકડ મેડિકલ એલાઉન્સ રૂ. ૩૦૦/- મેળવું છું / નથી.

મેં મારી પોતાની / મારા આશ્રિત શ્રી ની
હોસ્પિટલમાં ના રોગ માટે કરાયેલ વૈદકીય સારવાર અંગે ડોક્ટર શ્રી.....
ના તા. થી તા. સુધીની પ્રિસ્ક્રીપ્શનો મુજબ બહારથી દવા (ગોળી) ઈન્જેક્શન ખરીદવા
પડેલ છે. આ સાથે સામેલ તારીખ મુજબ અને તે અંગેના કેશમેમો ના અનુક્રમ નંબર થી સુધીનું
રૂ..... અંકે રૂપિયા પુરાનું ખર્ચ થયેલ છે જેના બિલો તથા
આર,એમ.ઓ./ સુપ્રિટેન્ડેન્ટશ્રી નું નમુના મુજબનું સર્ટીફિકેટ આ સાથે સામેલ છે. તો મને થયેલ ખર્ચની રકમ પરત
આપવા વિનંતી છે.

બિડાણ :

- | | |
|---|---------------------------|
| (૧) હોસ્પિટલનું આર.એમ.ઓ. સર્ટીફિકેટ | પેન્શનરની સહી |
| (૨) મેડિકલ ડેક્લેરેશન ફોર્મ | પેન્શનરનું પુરૂ નામ |
| (૩) મેડિકલ સારવાર પુસ્તિકાની નામાવલિના
પાનાની તેમજ બિલની એન્ટ્રી કરેલ પાનાની ઝેરોક્ષ | રહેઠાણનું સરનામું |
| (૪) રેશનકાર્ડની ઝેરોક્ષ (આશ્રિતની સારવાર હોય તો) | મોબાઈલ નં. |
| (૫) બિલો નો તારીખો તથા તારીખના ક્રમ પ્રિસ્ક્રીપ્શન
અને દવાના બિલો. | |

સુચના : સારવાર ક દવા લીધા બાદ ૬ માસની અંદર દવાના બિલો રીઈમ્બર્સમેન્ટ માટે ઓફિસમાં રજૂ કરવાના
રહેશે. (૬ માસ ઉપરના બિલો રદ ગણાશે)