

ফর্ম ৪১ বিধি ২৮১ অনুযায়ী
মাতৃত্বকালীন অনুদানের জন্য আবেদন পত্র

- ১। আবেদনকারীর নাম ও ঠিকানা :
- ২। নিবন্ধীকরণ নং
- ৩। নিবন্ধীকরণ তারিখ :
- ৪। জন্ম তারিখ ও বয়স
- ৫। স্বামীর নাম
- ৬। মাতৃত্বকালীন আবদ্ধতার তারিখ ও সময় : _____ থেকে _____, _____ মাস, _____ দিন
- ৭। এই অনুদানের জন্য ইতিপূর্বে আবেদন হয়েছে কিনা :
- ৮। যদি হয়ে থাকে কতবার (বিশদ বিবরণসহ) :
- ৯। (ক) প্রথম চাঁদা জমা দেওয়ার তারিখ : (খ) পরিমাণ :
- (গ) ব্যাঙ্কের নাম : (ঘ) শাখা :
- ১০। (ক) শেষ চাঁদা জমা দেওয়ার তারিখ : (খ) পরিমাণ :
- (গ) ব্যাঙ্কের নাম : (ঘ) শাখা :
- ১১। জমা দেওয়া প্রমাণপত্রের তালিকা :
- (ক) চালানের প্রতিলিপি অথবা পাসবই-এর প্রতিলিপি :
- (খ) আসল চিকিৎসা প্রমাণপত্র :
- উপরোক্ত বক্তব্য আমার জ্ঞান ও তথ্য অনুযায়ী সর্বের সত্য।

স্থান : স্বাক্ষর :

তারিখ : আবেদনকারীর নাম :

চিকিৎসা প্রমাণপত্রের ফর্ম

(যে কোনো চিকিৎসা আধিকারিক, সহ শল্য চিকিৎসক পদের নীচে নয়, থেকে গ্রহণীয়)

আমি প্রীমতী বয়স

কে পরীক্ষা করেছি তিনি মাস সন্তান সম্ভবা। তিনি তারিখে একটি সন্তানের জন্ম দিয়েছেন।

স্থান : চিকিৎসকের স্বাক্ষর :

তারিখ : চিকিৎসকের নাম :