

इस कार्यालय के निम्नलिखित कर्मचारियों ने अपने परिवार के सदस्यों की चिकित्सा के लिए किए गये खर्च की प्रतिपूर्ति के लिए चिकित्सा बिलों को प्रस्तुत किया है। दावे के समर्थन में आवश्यक वाउचर नगद पर्ची और मूलभूत प्रमाण पत्रों के साथ चिकित्सा परिचारी नियमों के अंतर्गत स्वीकार्य है। जहाँ लागू है, वहाँ आवश्यक अनुमति पहले से ही ली जा चुकी है। जाँच एवं दवाईयां नियमों के अधीन है। दावेदार के विवरण नीचे दिये गये हैं।

क्र. सं.	दावेदार का नाम	वाउचर संख्या	दावे की राशि	स्वीकार्य राशि (बिल अनुभाग हेतु)
	कर्मचारी सं. -	1-		
		2-		
		3-		
		4-		
		5-		
		6-		
		7-		
		8-		
		9-		
		10-		
		11-		
		12-		
		13-		
		14-		
		15-		
		कुल		
	आवेदक के हस्ताक्षर			

(बिल अनुभाग द्वारा भरा जायेगा)

निदेशक (प्रशासन) कृपया प्रतिपूर्ति के लिए (.....रू./.), (.....
.....)/.रूपये की संरस्वीकृति प्रदान करे तथा
प्रत्येक (मामले) को व्यक्तिगत रूप से अनुमोदित करें।

कृपया अनुमोदनार्थ प्रस्तुत है ।

वरिष्ठ लेखापरीक्षा अधिकारी

निदेशक (प्रशासन)