

කාන්තා හා ළමා කටයුතු හා සමාජ සවිබල ගැන්වීමේ අමාත්‍යාංශය

ගර්භණී හා කිරිදෙන මව්වරුන්ට පෝෂ්‍යදායී ආහාර ලබා ගැනීම සඳහා රු.4500/- දීමනාවක් ලබා දීමේ වැඩසටහන - 2024

01.මවගේ නම :	
02.ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:	03.දුරකතන අංකය:
04.ගර්භණී මවගේ ලිපිනය:	05.සායනික ස්ථානයේ නම:
06.ග්‍රාම නිලධාරී වසම:	07.ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය:
08.ගර්භණී මවගේ වයස:	09.ඔබ ගර්භණී වී කොපමණ සති ගණනක් ගත වී ඇත්ද? දරු ප්‍රසූතියෙන් පසුනම් කොපමණ මාස ගණනක් ගත වී තිබේද?
10.මෙය කී වෙනි ගර්භයද?	11.දැනට සිටින දරුවන් ගණන:
12.ආබාධිත දරුවන් සිටිනම් කොපමණද?	
13.ගර්භණී මවගේ රැකියාව:	
14.ස්වාමී පුරුෂයාගේ රැකියාව:	
15.භාණ්ඩ මිලදී ගැනීම සඳහා ඔබ වෙනුවට නම් කරන නියෝජිතයාගේ නම ඉහත තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි. ගර්භනී මවගේ අතුසන දිනය-.....	16.ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය: ඉහත නම් සඳහන් යන අය.....වසමේ ස්ථිර/තාවකාලික පදිංචිකාරියක් බව සහතික කරමි. ඇයගේ පවුලේ සාමාජික සංඛ්‍යාවක් වන අතර මාසික ආදායමවේ. ග්‍රාම නිලධාරීගේ අත්සන දිනය-..... නිල මුද්‍රාව
17.පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරී සහතිකය; මෙම කාන්තාව ගර්භනී මවක් /කිරිදෙන මවක් ලෙස ලියාපදිංචි කර ඇත.(ලියාපදිංචි අංකය) කිරිදෙන මවක්නම් දරුවාගේ උපන්දිනය: පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන්ගේ අත්සන දිනය-..... නිල මුද්‍රාව	18.සායනභාර වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය; BMI අගය 18.5 අඩු නිරක්තිය නිවුන් දරුවන් ගර්භය තුළ දැරීම මෙම මවගේ ගර්භයට සති වෙනත් හේතු සායනභාර වෛද්‍ය නිලධාරීගේ අත්සන දිනය-..... නිල මුද්‍රාව
ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය	
අනුමත කරමි./නොකරමි. ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන දිනය-	
වැදගත්:ගර්භණී සටහන්පතේ සහතික කරන ලද ඡායා පිටපතක් අමුණා එවිය යුතුයි. නිලධාරීන් අත්සන් තබන සෑම ස්ථානයකම තම නිල මුද්‍රාව තැබිය යුතුය.	

