

**കേരള കർഷക തൊഴിലാളി ക്ഷേമനിധി ബോർഡ്, തൃശൂർ**  
**ചികിത്സാ സഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷ**

1. അപേക്ഷകന്റെ പേരും മുഴുവൻ മേൽ വിലാസവും :  
പിൻകോഡ്
2. അംഗത്വനമ്പർ :
3. രജിസ്ട്രേഷൻ തീയതി :
4. അംശദായമടച്ച കാലം : ..... മുതൽ ..... വരെ
5. ചികിത്സാ നടത്തുന്ന ആശുപത്രി :
7. ചികിത്സാ കാലയളവ് :
8. ഔട്ട് പേഷ്യന്റോ/ഇൻപേഷ്യന്റോ :
10. ഹാജരാക്കുന്ന ബില്ലുകൾ :  

ബിൽ നമ്പർ
തീയതി
മെഡിക്കൽ ഷോപ്പ്
സംഖ്യ

**ആകെ**

11. മുമ്പ് ഈ ആനുകൂല്യം കൈപ്പറ്റിയിട്ടുണ്ടോ ?  
 ഉണ്ടെങ്കിൽ ആയതിന്റെ വിവരങ്ങള് :

**സത്യപ്രസ്താവന**

മേൽകാണിച്ച വിവരങ്ങള് സത്യമാണെന്നും കേരള സംസ്ഥാനത്തെ മറ്റൊരു തൊഴിലാളി ക്ഷേമനിധിയിൽ നിന്നും ചികിത്സാ സഹായം ഞാൻ കൈപ്പറ്റിയിട്ടില്ലെന്നും ഇതിനാൽ ബോധ്യപ്പെടുത്തി കൊള്ളുന്നു.

പേര് :  
 ഒപ്പ് :

സ്ഥലം :  
 തീയതി : വിരലടയാളം:

**വെൽഫെയർ ഫണ്ട് ഓഫീസറുടെ ശുപാർശ**

സ്ഥലം :  
 തീയതി :

വെൽഫെയർ ഫണ്ട് ഓഫീസർ