

කාන්තා ළමා කටයුතු හා සමාජ සවිබල ගැන්වීම් අමාත්‍යාංශය
ගර්භණී හා කිරිදෙන මව්වරුන්ට පෝෂ්‍යදායී ආහාර ලබා ගැනීම සඳහා රු.45,000/- ක දීමනාවක්
ලබා දීමේ වැඩසටහන - 2025

01.ගර්භනී මවගේ නම :	
02.ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :	03. දුරකථන අංකය :
04.ගර්භනී මවගේ ලිපිනය :	05.සායනික ස්ථානයේ නම :
06.ග්‍රාම නිලධාරී වසම :	07.ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය :
08.ගර්භනී මවගේ වයස :	09. ඔබ ගර්භනී වී කොපමණ සති ගණනක් ගත වී ඇත් ද? දරු ප්‍රසූතියෙන් පසු නම් කොපමණ මාස ගණනක් ගත වී ඇත් ද?
10.මෙය කිවෙහි ගර්භනී භාවයද ?	11.දැනට සිටින දරුවන් ගණන :
12.ආබාධිත දරුවන් සිටී නම් කොපමණ ද?	
13.ගර්භනී මවගේ රැකියාව :	
14.ස්වාමි පුරුෂයාගේ රැකියාව :	
15.භාණ්ඩ මිලදී ගැනීම සඳහා ඔබ වෙනුවට නම් කරන ලද නියෝජිතයාගේ නම : ඉහත තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි. ගර්භනී මවගේ අත්සන දිනය :-	16.ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය : ඉහත නම් සඳහන් යන අය වසමේ ස්ථීර/ තාවකාලික පදිංචිකාරියක් බව සහතික කරමි. ඇයගේ පවුලේ සංඛ්‍යාව ක් වන අතර මාසික ආදායම වේ. ග්‍රාම නිලධාරීගේ අත්සන දිනය : නිල මුද්‍රාව
17. පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරී සහතිකය : මෙම කාන්තාව ගර්භනී මවක්/ කිරි දෙන මවක් ලෙස ලියාපදිංචි කර ඇත. (ලියාපදිංචි අංකය) කිරි දෙන මවක් නම් දරුවාගේ උපන් දිනය : පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීගේ අත්සන දිනය : නිල මුද්‍රාව	18.සායනහාර වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය : BMI අගය 18.5 අඩු නිරක්කිය නිවුන් දරුවන් ගර්භය තුළ දැරීම මෙම මවගේ ගර්භයට සති වෙනත් සෞඛ්‍ය හේතු : සායනහාර වෛද්‍ය නිලධාරීගේ අත්සන දිනය : නිල මුද්‍රාව
ප්‍රාදේශීය ලේකම් අනුමැතිය : අනුමත කරමි/ නොකරමි ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන දිනය :	
වැදගත් : ගර්භනී සටහන්පතේ සහතික කරන ලද ඡායා පිටපතක් අමුණා එවිය යුතුයි. නිලධාරීන් අත්සන් තබන සෑම ස්ථානයකම තම මුද්‍රාව තැබිය යුතුයි.	