

කාන්තා ළමා කටයුතු හා සමාජ සවිබලගැන්වීම් අමාත්‍යාංශය

**ගර්භණී හා කිරිදෙන මව්වරුන්ට පෝෂ්‍යදායී ආහාර ලබා ගැනීම සඳහා රු. 45,000/- ක දීමනාවක්
ලබාදීමේ වැඩසටහන -2026**

01.ගර්භණී මවගේ නම:	
02.ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:	03.දුරකථන 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 ගතවී ඇත්ද? දරු ප්‍රසූතියෙන් පසු නම් කොපමණ මාස ගණනක් ගතවී ඇත්ද?
10.මෙය කීවෙනි ගර්භණීභාවයද ?	11.දැනට සිටින දරුවන් ගණන ?
12.ආබාධිත දරුවන් සිටිනම් කොපමණ ද?	
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. ගර්භණී මවගේ අත්සන දිනය-	16.ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය: ඉහත නම් සඳහන් යන අය වසමේ ස්ථිර/ තාවකාලික පදිංචිකාරියක් බව සහතික කරමි. ඇයගේ පවුලේ සමාජික සංඛ්‍යාව ක් වන අතර මාසික ආදායම වේ ග්‍රාම නිලධාරීගේ අත්සන දිනය- නිල මුද්‍රාව
17.පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරී සහතිකය: මෙම කාන්තාව ගර්භණී මවක්/කිරිදෙන මවක් ලෙස ලියාපදිංචි කර ඇත.(ලියාපදිංචි අංකය) කිරිදෙන මවක් නම් දරුවගේ උපන් දිනය පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරියාගේ අත්සන දිනය- නිල මුද්‍රාව	18.සායනාගාර වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය: BMI අගය 18.5 අඩු ☐ නිරක්තය ☐ නිවුන් දරුවන් ගර්භය තුළ දැරීම ☐ මෙම මවගේ ගර්භයට සති ☐ වෙනත් සෞඛ්‍ය හේතු- සායනාගාර වෛද්‍ය නිලධාරීගේ අත්සන දිනය- නිල මුද්‍රාව
ප්‍රාදේශීය ලේකම් අනුමැතිය අනුමත කරමි / නොකරමි. ප්‍රාදේශීය ලේකම් අත්සන දිනය: වැදගත් ගර්භණී සටහන්පතේ සහතික කරන ලද ඡායා පිටපතක් අමුණා එවිය යුතුයි. නිලධාරීන් අත්සන් තබන හැම ස්ථානයකම තම මුද්‍රාව තැබිය යුතුයි.	