

रा-ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान  
(यात्रा एवं पर-डियम क्लेम फार्म)

विश्व स्वास्थ्य संगठन/यूनीसेफ/यूएसएड/विश्व बैंक फण्ड्स

**भाग-I**

(स्रोत व्यक्ति/प्रतिभागी/सरकारी अधिकारी द्वारा भरे जाने हेतु)

नाम: \_\_\_\_\_

पदनाम: \_\_\_\_\_

मुख्यालय (संस्थान) \_\_\_\_\_ जिला \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_

मूल वेतन+एनपीए (जहां अनुज्ञेय हो) \_\_\_\_\_

पाठ्यक्रम/सेमीनार का नाम (दिनांक सहित) \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक \_\_\_\_\_

क्रमांक एवं तिथि	प्रस्थान		आगमन		यात्रा का साधन	यात्रा-श्रेणी	दूरी (कि.मी. में)	किराया (रूपये में)	टिकट संख्या: (टिकट की प्रति संलग्न करें)
	से (स्थान)	समय	पर (स्थान)	समय	सड़क/ हवाई/ रेल मार्ग	प्रथम वाता./ द्वितीय वाता./ स्लीपर			

**प्रमाण-पत्र**

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मुझे क्लेम किए गए व्यय की प्रतिपूर्ति नहीं की गई है तथा मेरे द्वारा दिये गये विवरण सत्य एवं सही है कि मैं सड़क/ हवाई/ प्रथम वाता./द्वितीय वाता./स्लीपर श्रेणी से रेल यात्रा करने के लिए पात्र हूँ।

(क्लेमकर्ता के हस्ताक्षर)

नाम: \_\_\_\_\_

पदनाम: \_\_\_\_\_

तिथि: \_\_\_\_\_

## भाग-II

(कार्यालय द्वारा भरे जाने हेतु)

### गणना

पर-डियम हेतु \_\_\_\_\_ दिन @ \_\_\_\_\_ रु. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ रु. \_\_\_\_\_

यात्रा लागत \_\_\_\_\_ रु. \_\_\_\_\_

अन्य \_\_\_\_\_ रु. \_\_\_\_\_

कुल राशि \_\_\_\_\_ रु. \_\_\_\_\_

वाउचर(रों) की संख्या: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

द्वारा आहरित (ड्रा) अग्रिम की राशि यदि कोई हो तो, (--) रु. \_\_\_\_\_

कुल राशि रु. \_\_\_\_\_

राशि (शब्दों में) रूपये ( \_\_\_\_\_ )

व्यय नामे(डेबिट) डाला जाना है:

\_\_\_\_\_ संबंधित कर्मचारी के आद्याक्षर

\_\_\_\_\_ लेखापाल

\_\_\_\_\_ आहरण एवं संवितरण अधिकारी  
के हस्ताक्षर

प्रतिहस्ताक्षर

\_\_\_\_\_ नियंत्रक अधिकारी के हस्ताक्षर

(रु. \_\_\_\_\_ की भुगतान हेतु पास किया जाता है।

राशि (शब्दों में) रूपये ( \_\_\_\_\_ )

### लेखा अधिकारी

रा-ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान  
न्यू महरौली रोड़, मुनीरका, नई दिल्ली-110067.