

කාන්තා ළමා කටයුතු හා සමාජ සවිබල ගැන්වීම් අමාත්‍යාංශය
ගර්භණී හා කිරිදෙන මව්වරුන්ට පෝෂ්‍යදායී ආහාර ලබා ගැනීම සඳහා රු. 45,000/-ක දීමනාවක් ලබාදීමේ
වැඩසටහන-2026

01. ගර්භනී මවගේ නම :-	
02. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-	03. දුරකතන 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 ගතවී ඇත්ද? දරු ප්‍රසූතියෙන් පසු නම් කොපමණ මාස ගණනක් ගත වී ඇත්ද?
10. මෙය කීවෙනි ගර්භනීභාවයද?	11. දැනට සිටින දරුවන් ගණන?
12. ආබාධිත දරුවන් සිටී නම් කොපමණද?	
13. ගර්භනී මවගේ රැකියාව :-	
14. ස්වාමි පුරුෂයාගේ රැකියාව :-	
15. භාණ්ඩ මිලදී ගැනීමට 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 ස්ථිර / තාවකාලික පදිංචිකාරියක් බව සහතික කරමි. ඇයගේ පවුලේ සාමාජික සංඛ්‍යාව ක් වන අතර මාසික ආදායම වේ. ග්‍රාම නිලධාරී අත්සන දිනය :- නිල මුද්‍රාව
17. පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන්ගේ සහතිකය මෙම කාන්තාව ගර්භනී මවක් / කිරිදෙන මවක් ලෙස ලියාපදිංචි කර ඇත. (ලියාපදිංචි අංකය) කිරිදෙන මවක් නම් දරුවාගේ උපන් දිනය :- පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන්ගේ අත්සන දිනය :- නිල මුද්‍රාව	18. සායනය භාර වෛද්‍යවරයාගේ නිර්දේශය : BMI අගය 18.5 අඩු නිරක්තය නිවුන් දරුවන් ගර්භය තුල දැරීම මෙම මවගේ ගර්භයට කොපමණ සති වෙනත් සෞඛ්‍ය හේතු - සායනය භාර වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ අත්සන දිනය :- නිල මුද්‍රාව
ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අනුමැතිය අනුමත කරමි / අනුමත නොකරමි. ප්‍රාදේශීය ලේකම්ගේ අත්සන දිනය :-	
වැදගත් - ගර්භනී සටහන්පතේ සහතික කළ ජායා පිටපතක් අමුණා එවිය යුතුය. නිලධාරීන් අත්සන් තබන සෑම ස්ථානයකම තම මුද්‍රාව තැබිය යුතුය.	