



SRI LANKA EX-SERVICEMEN'S ASSOCIATION

ශ්‍රී ලංකා සේවා මුක්ත හට සංගමය

29/1/1, Bristol Street, Colombo 1

APPLICATION FOR MEDICAL GRANT

වෛද්‍යාධාර දීමනා අයදුම් පත්‍රය

1. Applicants Name :-.....
අයදුම්කරුගේ නම
2. Postal Address :-.....
ලිපිනය
3. Telephone No. දුරකථන අංකය:-..... National Identity Card No. :-.....
ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය
4. Served in Army/Navy/Air Force :-.....
සේවය කළ හමුදාව - යුධ/නාවික/ගුවන්(Please Attach photo copy) (අස්වීමේ සහතිකයෙහි ඡායාස්ථ පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)
5. Date Joined :-.....Date Retired/Discharged :-.....
බැඳුණ දිනය (අස්වූ/විශ්‍රාම ගිය දිනය)
6. Regiment :-.....Service No :-..... Rank :-.....
රෙජිමේන්තුව සේවා අංකය නිලය
(Please attach photo copies (ඡායාස්ථ පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)
7. Association Membership No :-.....SLESA ID No. :-.....
සංගමයේ සාමාජික අංකය (සේමුහය හැඳුනුම්පත් අංකය) (ඡායාස්ථ පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)
8. Bank Account No Bank..... Branch.....
බැංකු ගිණුම් අංකය බැංකුව ශාඛාව

PARTICULARS OF SURGERY

ශල්‍යකර්ම විස්තර

1. Type of Surgery/Medical Condition (attach Diagnosis Card) :-.....
ශල්‍ය කර්මය/අසනීප තත්වය/(රෝග විනිශ්චය පත ඇමිණිය යුතුය)
2. Expenditure Incurred :-.....
දරණ ලද වියදම (ලියකියවිලි ඉදිරිපත් කළ යුතුය)

Date:-.....

.....
Applicant's Signature

Comments and report by Applicant's Regimental Association

Membership No of the Applicant :-.....

Observation/Recommendation :-.....

Date:-.....

.....
Chairman/Hony. Secretary

Disposal By Medical Committee

Recommended/ Not Recommended Amount Recommended: Rs.

Date:-.....

.....
Chairman/Member

Slesa Office Use Only

SLESA Approval

Approved/Not Approved

Date.....

.....
President/Hony. Secretary General
SLESA