

## माता पिता को सहायता के लिये

1. नाम (शहीद/ विकलांग) : .....
2. नम्बर, रैंक, यूनिट : .....
3. उत्तराधिकारी  
(फौज के अभिलेख के अनुसार  
प्रतिलिपि संलग्न करें) : .....
4. माता पिता का नाम उम्र  
(अगर ये बिन्दु नं. 3 से भिन्न है) : (अ) पिता का नाम.....  
.....  
उम्र .....  
(ब) माता का नाम .....  
.....  
उम्र .....
5. माता पिता का निवास का पूर्व पता : .....
6. उस डाकघर का नाम जिसमें  
मासिक आय सम्बन्धी खाता खुलवाना है : .....

हस्ताक्षर पिता

हस्ताक्षर माता

उपरोक्त तथ्य प्रमाणित किये जाते हैं :-

हस्ताक्षर

जिला सैनिक कल्याण अधिकारी .....

कार्यालय जिला कलेक्टर .....

श्री ..... एवं श्रीमति ..... के नाम से मासिक आय योजना के अंतर्गत  
..... के डाकघर में एक लाख दो हजार रुपये की राशि जमा करवाते हुए खाता खुलवाया जायेगा।

जिला कलेक्टर.....

कार्यालय डाकपाल .....

आज दिनांक ..... को श्री ..... एवं श्रीमति ..... के नाम से मासिक आय योजना के  
अंतर्गत एक लाख दो हजार रुपये राशि का खाता संख्या ..... खोला गया।

हस्ताक्षर डाकपाल .....

प्रतिलिपि : निदेशक, सैनिक कल्याण विभाग, राजस्थान, जयपुर को सूचनार्थ ।