



**SRI LANKA ARMED FORCES VETERANS' ASSOCIATION**

**ශ්‍රී ලංකා සන්නද්ධ හමුදා ප්‍රවීණයන්ගේ සංගමය**

Home of Veterans, No 7, Defence Ministry Road, Battaramulla  
Tel – 0112445682, 0772201350 – email : info.slafva@gmail.com

SLESA NO

**APPLICATION FOR MEDICAL GRANT**

**වෛද්‍යාධාර දීමනා අයදුම්පත්‍රය**

අවසන් වරට  
වෛද්‍යාධාර  
ලබාගත් දිනය

- Applicants Name :-.....  
අයදුම්කරුගේ නම
- Postal Address :-.....  
ලිපිනය
- Telephone No. දුරකථන අංකය :-..... Natioanl Identity Card No. :-.....  
ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය (පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)
- Served in Army/Navy/Air Force :-.....  
සේවය කල හමුදාව - යුධ/නාවික/ගුවන්
- Date Joined :-..... Date Retired/Discharged :-.....  
බැඳුණ දිනය විශ්‍රාම ගිය දිනය
- Regiment :-..... Service No :-..... Rank :-.....  
රෙජිමේන්තුව සේවා අංකය නිලය
- Association Membership No :-..... SLAFVA ID No. :-.....  
සංගමයේ සාමාජික අංකය (ශ්‍රීලසහප්‍රස හැඳුනුම්පත් අංකය - පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)
- Bank Account No ..... Bank..... Branch.....  
බැංකු ගිණුම් අංකය බැංකුව ශාඛාව

**PARTICULARS OF SURGERY**

ශල්‍යකර්මයේ විස්තර

- Type of Surgery/Medical Condition (attach Diagnosis Card) :-.....  
ශල්‍යකර්මය / අසනීප තත්වය - රෝග විනිශ්චය පතෙහි පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය
- Expenditure Incurred :-.....  
දරණ ලද වියදම (මාස 3 ක් නොඉක්මවන ලද බිල්පත් හා ලියකියවිලි ඉදිරිපත් කල යුතුය)

Date:-.....

**Applicant's Signature**

***Comments and report by Applicant's Association***

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

Observation/Recommendation :-.....

Date:-.....

**President/Hony. Secretary of the Association  
(Association Seal)**

***Disposal By Medical Committee***

Recommended/ Not Recommended Amount Recommended: Rs. ....

Date:-.....

**Chairman/Member of the Committee**

**පහත සඳහන් පිටපත් ඇමිණිය යුතුය**

- ❖ ශ්‍රීලසේමුහස හැඳුනුම්පත
- ❖ ජාතික හැඳුනුම්පත
- ❖ බැංකු ගිණුම් පොත
- ❖ රෝග විනිශ්චය පත
- ❖ ශල්‍ය කර්මය/අසනීපයට අදාලව සිදුකරන ලද වියදම වෙනුවෙන් මාස 03 නොඉක්මවූ බිල්පත්/ලියකියවිලි