

जननी सुरक्षा योजना अंतर्गत संस्थागत प्रसव हेतु मितानिन को प्रोत्साहन राशि भुगतान पर

जिला:

माह वर्ष

प्रा.स्वा.केंद्र:-

ग्राम:- मोहल्ला:

उप स्वा.केंद्र:-

नाम:- ए एन.एम. :

नाम:- आगनबाड़ी कार्यकर्ता :

	मितानिन का नाम	हितग्राही महिला का नाम	प्रसव का संस्थान	प्रसव की तिथि	भुगतान की गई राशि	हस्ताक्षर हितग्राही	हस्ताक्षर मितानिन
2							
4							
5							
6							
7							
8							
10							
11							
12							
13							

हस्ता. सरपंच(पंच)
नाम सरपंच(पंच)

हस्ताक्षर
ए.एन.एम.

हस्ताक्षर
LHV/Supervisor