मुख्यमंत्री बीपीएल जीवन रक्षा कोष योजना के तहत हीमोफिलिया व थैलेसिमिया के मरीजों को निःशुल्क चिकित्सा का मासिक विवरण :–

जिला– माह–

क्र. स.	रोगी का नाम मय पिता/पति	रोगी का पूर्ण पता	जिले का नाम	पंजीकरण संख्या	भर्ती की दिनांक	डिस्चार्ज की दिनांक	रोग का नाम	कुल व्यय