

AGARTALA MUNICIPAL CORPORATION CITY CENTRE – PARADISE CHOWMUHANI, AGARTALA TRIPURA-799001

FORM OF APPLICATION FOR ISSUING OF DEATH REGISTRATION CERTIFICATE (Downloaded from the official site of Agartala Municipal Corporation)

1. Name of the Deceased (Block letter):-	
, ,	
2. Sex :-Male/Female	
3. Date of Death:	
4. Date of Autopsy:	
5. Place of Death:	
6. Place of Burning/Buried:	
7. Cause of Death:-	
8. Name of Father/ Husband of the deceased: -	
9. Name of Mother of the deceased:-	
10. Name of Husband /wife of Deceased:-	
11. Address of the deceased (a) Present: -	
(b) Permanent:-	
Relationship of the deceased with the applicant :- Agartala Municipal Ward No:-	
	Signature of applicant with date.
List of documents to be enclosed with Acknowledgement 1. Original copy of the Death Certificate issued from Hospital/ Nursing home. 2. Death Certificate in original from Govt. recognized medical practitioner in for in case of home death. 3. Original cremation certificate is required if not burnt under A.M.C recognized Cremation Ground/Burial ground. 4. copy of the F.I.R and Post Mortem certificate along with cases of deaths certificates). 5. In case of duplicate certificate /record of F.I.R/G.D. entry in the nearest Polic Station /Police outpost. 6. The citizenship certificate/Ration card/ Voter Identity card/Aadhar card / Par Service Identity card of the deceased. as applicant	d tificate report in case of an unnatural death ce
(For office use only) 1. Scrutinized the enclosed documents with the filled-in column above and fou correct. 2. Prescribed fee deposited for amount of Rs vide receipt No dated 3. Cremated at Battala/ Cremation ground regd. No Dated 4. Registered under No dated 5. Recommended for the registration and issuing certificate.	
·	O'madama of Ocadian In all anno
Dealing Assistant's Signature Public Health Section A.M.C.	Signature of Section In charge Public Health Section (A.M.C)
	ORDER OF THE ISSUING AUTHORITY Health Officer (Registrar Birth & Death) Agartala Municipal Corporation
(Rs. 5/- to be paid during submission	on of this Application Form)
List of documents to be enclosed duly attested by 1. Original copy of the Death Certificate issued from 1st class Magistrate or Notary public in case of information su	om Hospital/ Nursing home.

- Magistrate or Notary public in case of information submitted after 30days from date of deaths (in case of home /unnatural death)
- 8. Permission of the Sub-Divisional Magistrate in case of information submitted after 01(one) year from the date of death (in case of home /unnatural death)

		TGPA-30-11-2018-60,000J.C.No-22586
রেজিষ্ট্রাত্তের নাম এবং স্বাক্ষর	শহর গ্রাম ঃ রেজিস্ট্রেশান ইউনিট ঃ	মন্তবঃ
মৃত্যুর প্রন ১। হাসপাতাল/স্বাস্থা বেন্দ্র ২। বাড়ী ৩। অনাত্র	GO A TO CO	2年/年表3。
ধ্যুর তার্থক বরস : বৎসর/মাস/দিন/ঘাড়া :	(am):	রেজিন্ট্রশান ইউনিট ঃ
রেঃ রেজিক্ট্রেশান তারিখঃ	নাম কোন নথব	রেজিট্রেশান নথর ঃ
এই অংশটক রেজিন্তার পরণ করিবেন।		এই প্রজ্ঞানিক বেক্সিস্টার পরণ কবিবেন।
	ত। কোন ব্ৰক্ম (চাকংস) পাত্যা যায় নাহ।	তারিথ সহ নাম সহি করিতে ইইনে।) তারিখঃ
(বলাম পূরণ শেষ হওয়ার পর বাম দিকে সাক্ষর করিতে হইবে।)	২ – চিকিৎসালয়ের বাহ্যে জনাত্র	্ত ওয়তে ২০ নম্বর সমস্ত সমস্ত করাম তথা সমস্তর্গর করেব সমস্ত করিবার স্বরতথা সমস্বাধারীকৈ এখানি এতের বড়ো আম্মারার ছাপ
))	
	(নীচে সঠিক স্থানে ' ✓ ' ছিল নিতে হুইবে ।)	৮ তথা প্রসনকরীর নমি ৩
২০ । মৃত/মৃতার সূরা/মন্য পানের অভ্যাস থাকিলে, কত বংসর যাবং জিল १९	ণ্ডি ১৬ । মৃত্যুর পূর্বে কি ধরণের চিকিৎসা পাওয়া পিয়াছিল ঃ	ত। জনা হানঃ ক) মৃত্যুর সময়ের ঠিকানাঃ খ) সাধী চিকানাঃ
ANN MAN ENTER	। ক্রি (প্রেশান থাকিলে 'নই 'লিখিতে ইট্রে।) স	২ – বাড়ার টেকানাঃ ক) মুখুর সমধ্যের টেকানাঃ ম) স্থায়ী টিকানাঃ
১৯ - মৃত/মৃতার মসলা সহ পান সুপার চবানোর অভ্যাস থাকলে, কত) × -	১ হাসপাতাল/হায়্য কেন্দ্রের নাম ঃ
	ाजा ४ ८ - अन्। जा ३ (४०३४ मध्यान १४०० १३८४))	নোচে সাটক ভারে ১,২ বা ৩ নখরে 🗸 চিহা দতে হয়ের এবং হাসপাওল/ধান্ত। কেন্দ্র ভাষরা যে বাড়ীতে /স্থানে মৃত্যু ইইয়াছে ভাষার ঠিকানা লিখিতে হইবে।)
১৮ । মৃত/মৃতার তামাক পাতা (জর্ম/থিনি) চিবানোর অভাস থাকিলে, কত বংসর যাবং ছিল ? ঃ	× -	ু নুমূর প্রনাঃ
১৭ – মূড/মূডার বুমল(নির ওঙ)ল খাকিলে, কত বংশর বাবং ।ধুল ে	্রিক্ত ১১ বর্মার নৌতে সঠিক স্থানে '🗸 ' চিহ্ন দিতে হইবে ।)	লিখিতে ইইরে। এক মানের কম ইইলে বয়ন পূর্ণ দিনে লিখিতে ইইরে। বয়ন ১ দিনের কম ইইলে ঘণ্টার্ড । ভিজনত ক্রমে।
p	ह्याम ८) ४(८०)४४ १.४०	ও । মূতের বয়স ও (মূতের বয়স ১ বংসারের ভাবিকংইলি, পূর্ণ বয়স লিখিতে ইইনে । ১ বংসারের কম ইইলি, বয়স পূর্ণ মাস্ট
요) 이 의		200
(নীচে সঠিক স্থানে '✓' চিহ্ন দিতে ইইবে।)	ত হা জেলার নাম :	৫খ। স্বামীর/প্রীর বয়স ঃ
TOTAL ACTION OF THE PARTY OF TH	0,0	UIDNO
১৬ ৷ মাইলা মৃত্যুর ফেরে গভরালান, প্রস্কেলান বা প্রস্ব শেষে ৬		৫ক পামীর/প্রিক নাম ঃ
,	🥳 (নীচে সঠিক জায়ণায় ' 🗸 ' চিক্ল দিতে হইবে।)	C SCS 5.4
১৫ : ত্রোগ্র নাম অবংশ মুখ্যুত প্রত্থ তামাত্র (সব ব্রুম মতা সংক্রাপ্ত তথা তা চিকিৎসা বিধিমতে নির্ণিত বা নয়)	্ত খ) ইপ্তাশহর না প্রমা	
		মতি নাম ১
의) 사	ক) শহর বা প্রয়োধ নাম ঃ	ত লিম্ন ("প্রত্ত বিশ্ব লিম্ব" সংক্ষেপে লেখা চলিবে না)
(নীচে সঠিক খানে ' 🗸 ' চিহ্ন দিতে হইবে।)	(মৃতের সঠিক বাসস্থানের নাম লিখিতে হবঁবে।	ম । মৃত্যু পূর্ণ নাম ঃ
১৪ । মৃত্যুর কারণ কি চিকিৎসা-শাস্ত্রমতে নিগতি হইয়াছল ?	১০ + শহর বা প্রমের বাসস্থান ঃ	
)		১ স্তুরে তারিখ ও স্কারঃ
তথ্য প্রদানকারীকে পূবণ করিতে হইবে।	ভথ্য প্রবানকারীকে পূরণ করিতে হইবে ৷	ভথা প্রদানকারীকে পূরণ কবিতে হইবে।
	এই অংশচুকু আলাদা করিয়া পরিসংখ্যান কল্পের জনা প্রেরণ করিতে হইবে /	এই অংশটুকু মৃত্যু সংক্রাপ্ত রেজিক্টারে সংযোগিত কবিতে হইবে।
	পরিসংখ্যান বিষয়ক তথ্য	মৃত্যুর সংবাদ বৈধ তথা
2.440 2.440	STREET TOWNS	राज्या गांधत-३