

(\*Refer OM No.19030/1/2017-E.IV dated 13/07/17 of MoF, DoE)

यात्रा भत्ता आवेदन / Travelling Allowance Form

दावेदार का नाम / Name of Claimant: \_\_\_\_\_

पदनाम / Designation: \_\_\_\_\_

वेतन / Pay \_\_\_\_\_ स्तर / Level \_\_\_\_\_ सैल / Cell \_\_\_\_\_

आधिकारिक पता / Official Address \_\_\_\_\_

यात्रा का उद्देश्य / Purpose of Journey \_\_\_\_\_

(खाते में अंतरित करने के लिए) (For Account Transfer: Mandatory Field)

पैन/PAN : \_\_\_\_\_

ईमेल आईडी/e-mail id : \_\_\_\_\_

मोबाईल नं./Mobile No. : \_\_\_\_\_

बैंक का नाम व शाखा/Name and branch of Bank : \_\_\_\_\_

आईएफएस कोड/IFS Code : \_\_\_\_\_

खाता सं./Account No. : \_\_\_\_\_

See Overleaf for A, B & C

'ए' के अनुसार / Claim as per 'A' : \_\_\_\_\_

'बी' के अनुसार / Claim as per 'B' : \_\_\_\_\_

'सी' के अनुसार / Claim as per 'C' : \_\_\_\_\_

कुल / Total claim (A+B+C) : Rs. \_\_\_\_\_ (₹./Rupees \_\_\_\_\_)

(केवल / Only).

Certified that Incumbent has performed his/her duties in relation to \_\_\_\_\_ and TA/DA  
be paid for the period from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.

Amount of Sitting Fee/Honorarium at the rate of Rs. \_\_\_\_\_ for performing/attending  
\_\_\_\_\_ for the day \_\_\_\_\_.

दावेदार के हस्ताक्षर दिनांक के साथ  
Signature of the Claimant with date

परिसर निदेशक / कार्यकारी रजिस्ट्रार / डीन / एचओडी /  
कोई अन्य पर्यवेक्षण अधिकारी के हस्ताक्षर  
Signature of the Campus Director/Executive  
Registrar/Dean/HoD/Any Other Supervising Officer

रकम प्राप्त (पूर्व प्राप्ति रसीद)  
Amount received in full (Pre-receipt)

दावेदार के हस्ताक्षर /  
Signature of the Claimant

वित्त और लेखा विभाग के उपयोग के लिए / For the use of Finance & Accounts Departments

Passed for payment of Rs. \_\_\_\_\_ (₹./Rupees \_\_\_\_\_)

(केवल / Only).

Sub-Accountant

Accountant

Account Officer

Sr. Accounts Officer

