

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน  
(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

ชื่อ อปท. .... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี  
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... สurname..... เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้ (หน่วยงาน)..... ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

๑ ประเภทการช่วยเหลือ

- ๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....
- ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....
- ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....
- ๑.๔ ด้านอื่นๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....

.....

.....

.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ  
(.....)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)

ชื่อ อปท. .... อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

หมายเลขประจำตัวประชาชน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... สกุส.....เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้ (หน่วยงาน).....ดำเนินการช่วยเหลือ.....(ชื่อผู้รับความช่วยเหลือ)..... ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

๑.๔ ด้านอื่น ๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....  
.....  
.....  
.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)



แบบคำร้องขอลงทะเบียน  
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ .....

หน่วยงานรับลงทะเบียน.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน  เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- 1.1  บิดา  มารดา  ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
- 1.2  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว.....
- 1.3 เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -
- 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี
- 1.5 สัญชาติ.....
- 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
- บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน.....
- ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
- อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์บ้าน  -  -  โทรศัพท์มือถือ  -  -
- 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน  ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
- บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน.....
- ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
- อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์บ้าน  -  -  โทรศัพท์มือถือ  -  -
- 1.8 อาชีพ  ไม่ได้ประกอบอาชีพ  ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 1.9 การศึกษา  ไม่ได้รับการศึกษา  กำลังศึกษา.....
- จบการศึกษา (สูงสุด).....
2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)
- 2.1 ชื่อ - นามสกุล  เด็กชาย  เด็กหญิง.....
- 2.2 เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -
- 2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
- ข้อมูลมารดา**
- 2.4  เด็กหญิง  นาง  นางสาว.....
- 2.5 เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -
- 2.6 อายุ.....ปี 2.7 สัญชาติ.....
- 2.8 อาชีพ  ไม่ได้ประกอบอาชีพ  ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.9 การศึกษา  ไม่ได้รับการศึกษา  กำลังศึกษา.....  จบการศึกษา (สูงสุด).....
- ข้อมูลบิดา**
- ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10  เด็กชาย  นาย.....
- 2.11 เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -
- 2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....
- 2.14 อาชีพ  ไม่ได้ประกอบอาชีพ  ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.15 การศึกษา  ไม่ได้รับการศึกษา  กำลังศึกษา.....  จบการศึกษา (สูงสุด).....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง 1 ธนาคาร)

- ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์  ธนาคาร อ.ก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์  ธนาคารออมสิน ประเภทบัญชีเงินฝากเผื่อเรียก
- ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- 4.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- 4.4 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- 4.5 สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)  
ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
- 4.6 สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด  
(ธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
- 4.7 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ  
พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ
- 4.8 สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1  
และผู้รับรองคนที่ 2

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน

(.....) (.....)

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....

วันที่ลงทะเบียน.....

.....ติดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. หน่วยงานรับลงทะเบียน.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

1.3 ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด  เด็กชาย  เด็กหญิง.....

1.4 เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)  
ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
- สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด  
(ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
- หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ  
พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
- สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง  
คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

(.....)



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน  
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างคำว่ามีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ลำดับ ที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ	
							มี	ไม่มี

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน.....บาท/ปี    รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน.....บาท/คน/ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือน หาดด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าของที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว ..... นามสกุล.....

ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....

โทรศัพท์.....

- รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น
- ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรณีกรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว ..... นามสกุล.....

ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....

โทรศัพท์.....

- รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อ ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น
- ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีใบข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมาย ในการรับลงทะเบียน)

ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)

เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว.....

เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว

ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่..... ลำดับที่.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน  
(.....)

วันที่ .....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน  
 ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตน หนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น ..... กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน  
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) ..... เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  
 □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่ .....  
 โทรศัพท์ .....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ ..... นามสกุล.....  
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนา  
 ทะเบียนบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่/ชุมชน..... ตรอก/ ซอย ..... ถนน.....  
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ .....

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ได้รับเงินเบี้ยความพิการ  ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  ทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
- บัญชีเงินฝากธนาคาร .....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติขอ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความสมัครใจ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีความสมัครใจ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/สภา</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>นายก เทศมนตรี/นายก อบต. ....</p> <p>วัน/เดือน/ปี .....</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีความสมัครใจ

ครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน .....

พ.ศ. .... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ

ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอ  แจ้งด้วยตนเอง

ผู้ยื่นคำขอแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ----

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลควนขนุน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....ไทย.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่...../ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....ควนขนุน.....อำเภอ/เขต.....เขาชัยสน.....จังหวัด.....พัทลุง.....

รหัสไปรษณีย์.....๙๓๑๓๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการมองเห็น  ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทรางกาย  ความพิการทางการเรียนรู้

พิการซ้ำซ้อน  ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามเณร-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน  
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  
ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  
□-□□□□-□□□□□-□□-□

- เป็นผู้มีความสมัครใจ
- เป็นผู้ที่มีความสมัครใจ ดังนี้

(ลงชื่อ).....  
( )  
เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลควนขนุน  
คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี  
ความเห็นดังนี้  
 สมควรรับลงทะเบียน  ไม่สมควรรับลงทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ).....  
( )

ตำแหน่ง

กรรมการ (ลงชื่อ).....  
( )

ตำแหน่ง

กรรมการ (ลงชื่อ).....  
( )

ตำแหน่ง

คำสั่ง  
 รับลงทะเบียน  ไม่รับลงทะเบียน  อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....  
( )  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลควนขนุน  
วัน.....เดือน.....ปี.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....  
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ  
ตั้งแต่เดือน ถึง..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นใน  
ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์รปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่  
ภายในเดือนนั้นๆเพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ



## แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่ .....

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ส่วนที่ ๑ : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
 ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ ..... อาชีพ.....  
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
 โทรศัพท์มือถือ.....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น ..... และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ .....อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน .....ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ .....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....ตามใบมรณบัตรเลขที่ .....ออกให้โดย.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า ไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสาร ที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

วันที่ ..... / ..... / .....

## ส่วนที่ ๒ ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่ .....

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... ตำแหน่ง.....  
 สังกัดหน่วยงาน.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
 ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....  
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน ..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
 ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับรอง

( ..... )

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... / ..... / .....

แนบสำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับรอง พร้อมรับรองสำเนา  
 (สำเนาบัตรต้องไม่หมดอายุ)

(ข้อมูลชี้แจงด้านหลัง)

## คำชี้แจง

๑. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา สามีน ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุ ที่เสียชีวิต รวมทั้งมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์

๒. ผู้ให้คำรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี หมายถึง ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานดูแล ผู้อำนวยการสถานคุ้มครอง หรือผู้ปกครองสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

## ๓. คุณสมบัติผู้สูงอายุ

(๑) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป

(๒) มีสัญชาติไทย

(๓) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้รับรอง

## ๔. หลักฐานการยื่นคำขอ

๔.๑ ให้นำใบมรณบัตรของผู้สูงอายุฉบับจริงมาแสดง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๔.๒ แบบคำขอรับเงินค่าจัดการศพและรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ (แบบ ศผส.๐๑)

๔.๓ สำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับรองในแบบ ศผส.๐๑

๔.๔ กรณีมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

- ให้นำบัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุฉบับจริงมาแสดง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ \*

กรณีไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

- ต้องมีหนังสือรับรองตามแบบ ศผส.๐๒ กรณีผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือยังไม่ได้ลงทะเบียน

- สำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับรองในแบบ ศผส.๐๒

๔.๕ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๔.๖ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ยื่นคำขอ พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๔.๗ แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ Krungthai Corporate Online

๔.๘ กรณีมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ด้วย)

## หมายเหตุ:

\*สำเนาทุกฉบับต้องไม่หมดอายุ และลงนามรับรองในสำเนาครบถ้วนถูกต้อง

\*เงื่อนไขการพิจารณาอนุมัติเฉพาะคำขอที่แนบเอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้องเท่านั้น

๕. การยื่นคำขอ ยื่นภายใน ๖ เดือนนับตั้งแต่วันออกใบมรณบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนา ที่ถึงแก่ความตาย ในขณะที่ถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร

(๒) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือเมืองพัทยา หรือเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล

๖. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

การตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเอกสาร ดังต่อไปนี้

คำชี้แจง : ใส่เครื่องหมาย  ลงในช่องรายละเอียดเอกสารที่นำส่งสำหรับผู้ยื่นคำขอ ๑ ราย

<input type="checkbox"/>	๑.	ให้นำใบมรณบัตรของผู้สูงอายุฉบับจริงมาแสดง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
<input type="checkbox"/>	๒.	แบบคำขอรับเงินค่าจัดการศพและรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ (แบบ ศพส.๐๑)
<input type="checkbox"/>	๓.	สำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับรองในแบบ ศพส.๐๑
<input type="checkbox"/>	๔.	ให้นำบัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุฉบับจริงมาแสดง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ *
<input type="checkbox"/>	๕.	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
<input type="checkbox"/>	๖.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ยื่นคำขอ พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
<input type="checkbox"/>	๗.	แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ Krungthai Corporate Online
<input type="checkbox"/>	๘.	กรณีมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ด้วย

หมายเหตุ :

- สำเนาทุกฉบับต้องไม่หมดอายุ และลงนามรับรองในสำเนาครบถ้วนถูกต้อง
- การพิจารณาอนุมัติเฉพาะคำขอที่แนบเอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเรื่อง

(.....)

วันที่.....

ตรวจสอบการกู้ยืมกองทุนผู้สูงอายุแล้ว

ไม่พบการกู้ยืม  กู้ยืม และมียอดคงค้าง จำนวน.....บาท

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ  
KTB Corporate Online

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพัทลุง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัด.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร  
มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย
  - เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน  
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....  
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
  - เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น (ตามที่อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพอนุญาต)  
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....  
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....  
สาขา.....ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพัทลุงโอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่ง  
ข้อมูลการโอนเงิน ผ่านช่องทาง

- ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....
- จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

แบบคำร้องทั่วไป

ที่ทำการ อบต.ควนขนุน  
ตำบลควนขนุน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง .....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลควนขนุน

ด้วยข้าพเจ้า .....ตำแหน่ง.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....ขอยื่นคำร้องต่อนายก อบต.ควนขนุน ดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้ามีความประสงค์.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำร้อง

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลควนขนุน  
- เพื่อโปรดพิจารณาและสั่งการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นปลัด.....

.....

ความเห็นนายก.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....