

แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

คำร้องที่...../๒๕.....

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

() ผู้ยื่นคำขอแทน เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยที่ยากไร้ที่แสดงความจำนง

ชื่อ - สกุล ผู้ยื่นคำขอ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน - - - -

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....เพศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน - - - -

ที่อยู่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ราชบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ติดต่อได้.....

รายละเอียดของครอบครัว

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การช่วยเหลือ	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้ (บ/ด)

ข้าพเจ้าอาศัยในเขตที่ ทน./ทม./มต./อบต.....ป่วยด้วยโรค.....

การรักษา รักษาครั้งแรก รักษาต่อเนื่อง อื่น (ระบุ).....สถานพยาบาลที่รักษา.....

ความถี่ในการไปรับยา.....ครั้ง/เดือน/ปี เป็นคนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์ เป็นคนไข้ทั่วไป

รายได้.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าเคยได้รับเงินสงเคราะห์จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 ในจังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ.....(เมื่อเดือน.....ปี.....)จาก

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เป็นเงิน.....บาท

อื่นๆ (ระบุ) เป็นเงิน.....บาท

ซึ่งข้าพเจ้าได้นำเงินจำนวนดังกล่าวไปใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นค่าใช้จ่ายดังนี้

๑. ค่าอาหาร (ระบุ)..... เป็นเงิน.....บาท

๒. ค่าที่พัก (ระบุ)..... เป็นเงิน.....บาท

๓. ค่ายานอกบัญชี (ระบุ)..... เป็นเงิน.....บาท

๔. ค่าพาหนะ(ระบุ)..... เป็นเงิน.....บาท

๕. ค่าใช้จ่ายซื้อสิ่งของจำเป็น (ระบุ).....เป็นเงิน.....บาท

และค่าใช้จ่าย...

และค่าใช้จ่ายในข้อ ๔. ไม่เพียงพอสู่การเดินทางไปรักษาพยาบาล ข้าพเจ้าจึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาลเป็นค่าพาหนะเดินทาง ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วย ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ดังนี้

๑. ค่ารถรับจ้างโดยสารประจำทาง จาก.....
ถึง.....(ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท
๒. ค่ารถรับจ้างประจำทาง จาก.....
ถึง.....(ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท
๓. ค่าพาหนะอื่นๆ กรณีที่ไม่สามารถนั่งรถโดยสารประจำทางได้ (ระบุ)
จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท
๔. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ถ้ามี (ระบุ).....(ไป-กลับ) เป็นเงิน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริงข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ้างเงินค่าพาหนะ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

- แบบบันทึกผู้ประสบปัญหาทางสังคม (แบบ พมจ.) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย
- สำเนาใบนัดของสถานพยาบาล สำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น (ถ้ามี)
- ใบรับรองแพทย์ (กรณีรักษาพยาบาลต่อเนื่อง) บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)
- หนังสือรับรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่าเป็นบุคคลยากไร้
- รูปถ่ายประกอบการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ เช่น สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่
- สำเนาหลักฐานการได้รับความช่วยเหลือ/หรือไม่ได้รับความช่วยเหลือจาก พมจ.
- สำเนาเอกสารอื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเรื่อง
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

หมายเหตุ ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้
๒. **ให้อปท. จัดทำหนังสือนำเสนอเอกสารข้างต้น**มายัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี ชั้น ๒
สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ฝ่ายสวัสดิการสังคม สอบถามเพิ่มเติม
โทร. ๐๓๒ ๓๓๘ ๖๐๕ ต่อ ๑ โทรสาร. ๐๓๒ ๓๓๘ ๖๐๑

ตัวอย่าง

แบบตรวจเอกสารผู้ป่วยที่ยากไร้ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล

๑. ชื่อ - สกุล

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน (ตามทะเบียนบ้าน)(ระบุ).....

๓. เอกสารแนบประกอบ

- แบบขอรับการช่วยเหลือฯ (ตามแบบ พมจ.) เข้ารับการรักษา
- แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี
- แบบรับรองของผู้ป่วยที่ยากไร้
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- เอกสารหรือหลักฐานการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐ (สส.จ.ราชบุรี อาจพิจารณา
ช่วยตรวจสอบเอกสาร)
- หลักฐานเอกสารการจ่ายเงิน (เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล) ตามรูปแบบของราชการ
เช่น ใบสำคัญรับเงิน, สำเนาคู่มือจดทะเบียนรถ, บัตรประจำตัวประชาชน อื่นๆ เป็นต้น
- อื่นๆ
- ๑)
- ๒)
- ๓)

๔. เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....ชี้แจงสาเหตุการให้ความช่วยเหลือที่ผ่านมา
ว่าได้ดำเนินการไปอย่างไรบ้าง และปัจจุบันหากผู้ป่วยที่ยากไร้มาขอความช่วยเหลือฯ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ของเทศบาล/องค์การบริหาร
ส่วนตำบล.....จะดำเนินการอย่างไร (ระบุโดยละเอียด) (เพื่อมิให้ซ้ำซ้อนกัน).....

๕. อื่นๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....เทศบาล / อบต.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....

- หมายเหตุ
- ๑. แบบตรวจสอบฯ ๑ ใบ ต่อ ๑ คน โดยมีเอกสารแนบประกอบ จำนวน ๒ ชุด ต่อ ๑ คน
 - ๒. ให้เทศบาล/อบต. ตรวจสอบเอกสาร แล้วใส่เครื่องหมาย/ในช่อง พร้อมแนบเอกสารประกอบตามข้อ ๑

ตัวอย่าง

แบบรับรอง

ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้ ที่ได้รับการสงเคราะห์จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง

วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน (ตามทะเบียนบ้าน) เลขที่.....หมู่.....ตำบล.....

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

๓. เคยขอรับการช่วยเหลือจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดราชบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

ไม่เคย

เคย

๑ ครั้ง จำนวน.....บาท การให้ความช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของ (ระบุ).....สาเหตุที่ให้ความช่วยเหลือ (ระบุ).....

๒ ครั้ง จำนวน.....บาท การให้ความช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของ (ระบุ).....สาเหตุที่ให้ความช่วยเหลือ (ระบุ).....

๔. ได้เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเภทโรคที่เข้ารับการรักษา.....

๕. เหตุที่ผู้ป่วยยากไร้ได้รับการสงเคราะห์ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย หรือถูกจำกัดด้วยงบประมาณในการเข้ารับการรักษา เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล หรืออื่นๆ จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดราชบุรี

.....

.....

.....

๖. อื่นๆ (ถ้ามี).....

.....

ลงชื่อ ผู้ป่วยที่ยากไร้รับรองตนเอง...

(.....)

...../...../.....

