

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.....พ.ศ.....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.....

ความถี่ในการไปรักษา.....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. ไม่เพียงพอต่อการเดินทางไปรักษาพยาบาล ข้าพเจ้าจึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาลเป็นค่าพาหนะเดินทาง ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด 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 ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าพาหนะ 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. **ให้ อปท. จัดทำหนังสือนำเสนอเอกสารข้างต้น**มายัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี ชั้น ๒
สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ฝ่ายสวัสดิการสังคม สอบถามเพิ่มเติม
โทร. ๐๓๒ ๓๓๘ ๖๐๕ ต่อ ๑ โทรสาร. ๐๓๒ ๓๓๘ ๖๐๑

แบบตรวจเอกสารผู้ป่วยที่ยากไร้ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล

๑. ชื่อ – สกุล

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

๓. เอกสารแนบประกอบ

- ☐ แบบขอรับการช่วยเหลือฯ (ตามแบบ พมจ.) เข้ารับการรักษา
- ☐ แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี
- ☐ แบบรับรองของผู้ป่วยที่ยากไร้
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ เอกสารหรือหลักฐานการเข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐ (สส.จ.ราชบุรี อาจพิจารณา
ช่วยตรวจสอบเอกสาร)
- ☐ หลักฐานเอกสารการจ่ายเงิน (เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพื่อเข้ารับการรักษายาบาล) 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

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.....

ประเภทโรคที่ได้รับการรักษา.....

๕. เหตุที่ผู้ป่วยยากไร้ได้รับการสงเคราะห์ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย หรือถูกจำกัดด้วยงบประมาณในการเข้ารับการรักษาคือ
เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษายาบาล หรืออื่นๆ จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดราชบุรี

.....

.....

.....

๖. อื่นๆ (ถ้ามี).....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยที่ยากไร้รับรองตนเอง.....

(.....)

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

หนังสือรับรองผู้ยากไร้

ชื่อผู้ยากไร้ นาย/ นาง/ นางสาว.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว เป็นผู้ยากไร้ (ทำเครื่องหมาย ☐)

☐ อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย ไม่เพียงพอสำหรับยังชีพ ทำให้ประสบภาวะยากลำบากในการดำรงชีวิตอย่างมาก

☐ ไม่มีผู้ให้พึ่งพาอาศัย หรือมีให้พึ่งพาอาศัย เช่น บุตร หลาน ญาติ น้อง พี่น้อง แต่ไม่สามารถพึ่งพาได้ โดยเป็นที่
○○ ประจักษ์ต่อสาธารณชน

☐ อยู่ในครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวเสียชีวิต ทอดทิ้ง สาบสูญ ต้องโทษจำคุก หรือหัวหน้าครอบครัวเจ็บป่วย
○○ ร้ายแรง หรือพิการ จนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ประสบภาวะยากลำบากในการดำรงชีพเป็นอย่างมาก

โดยขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ใบเสร็จรับเงิน

ชื่อ

ที่อยู่

เล่มที่

เลขที่

วันที่

ชื่อลูกค้า

ที่อยู่

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

รายการ	จำนวนเงิน
ตัวอักษร	รวมเป็นเงิน

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ใบเสร็จรับเงิน

ชื่อ

ที่อยู่

เล่มที่

เลขที่

วันที่

ชื่อลูกค้า องค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี

ที่อยู่ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000536445

รายการ	จำนวนเงิน
ตัวอักษร	รวมเป็นเงิน

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี

■ บุคคลธรรมดา

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....บัตรประจำตัว.....เลขที่.....

วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....

■ นิติบุคคล

ข้าพเจ้า.....ซึ่งจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ณ.....

มีสำนักงานใหญ่อยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....

โดย.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรอง

ของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วน/บริษัท.....

ลงวันที่.....และมีหนังสือมอบอำนาจลงวันที่.....

มีความประสงค์ให้.....องค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี.....

โอนเงินค่า.....จำนวนเงิน.....บาท

ตัวอักษร.....ตามสัญญา/ใบสั่งซื้อจ้างเลขที่.....ลงวันที่.....

และหนังสือแจ้งการโอนสิทธิเรียกร้องระหว่าง.....

กับ.....ลงวันที่.....

เข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ทั้งนี้หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ธนาคารเรียกเก็บข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวจากเงินที่จะได้รับ

จากทางราชการ และพร้อมที่จะจัดส่งใบเสร็จรับเงินให้ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)