



สำหรับผู้ป่วยที่ยากไร้

สถานที่ยื่นคำขอ.....

เลขที่รับ.....

วันที่.....

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) ชื่อ-สกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ - ☐ อายุ.....ปี

มีภูมิลำเนา ณ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด สตูล เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ ค่าพาหนะ (ไป-กลับ) ในการเดินทางจาก
ภูมิลำเนา เพื่อเข้ารับการรักษายาบาล ณ โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....

รวมระยะทางประมาณ.....กม. โดยพาหนะ..... ค่าใช้จ่ายจริง

ในการเดินทางเป็นเงินจำนวน.....บาท ตามใบรับรองการจ่ายเงินแทนใบเสร็จรับเงินที่แนบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูล
ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับ
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการ
เบิกจ่ายค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

หลักฐานแนบคำขอ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองการจ่ายเงินแทนใบเสร็จรับเงิน

☐ หนังสือรับรองการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ

☐ แบบคำขอรับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร (กรณีขอรับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร)

☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีขอรับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร)

☐ เอกสารอื่นๆ.....

ช่องทางการรับเงินสงเคราะห์ (เลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ รับเช็คด้วยตนเองที่ อบจ.สตูล

☐ รับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....(ผอ.กอง/ปลัด อบท.)

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล

วันที่.....

ข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด สตูล ได้จ่ายเงินเป็นค่า
เดินทางเพื่อเข้ารับการรักษายาบาลจากบ้านพักข้าพเจ้า ไป-กลับ โรงพยาบาล.....
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายจ่ายดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าได้จ่ายเป็นค่าเดินทางในการเข้ารับการ
รักษายาบาลแล้ว และไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

แบบคำขอรับเงินโดยเข้าบัญชีธนาคาร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด สตูล รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
วันที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

มีความประสงค์ให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล โอนเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับ
การรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ตามแบบคำขอรับการสงเคราะห์ฯ เลขที่.....
ลงวันที่.....เข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ชื่อบัญชี.....(ตามสำเนาหน้าสมุดบัญชี) เลขที่บัญชี.....

ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ธนาคารเรียกเก็บ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงิน
ดังกล่าว จากเงินที่จะได้รับจากทางราชการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หนังสือรับรอง

คุณสมบัติของผู้ขอรับการสงเคราะห์ค่าพาหนะสำหรับการเดินทางไปรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ยากไร้

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว/.....).....หมายเลขประจำตัวประชาชน

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดสตูล เป็นผู้ยากไร้และมีฐานะยากจน มีคุณสมบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์
การพิจารณาความยากจนของกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือตามระเบียบกระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จริง ตามสภาพปัญหาความเดือดร้อนในแต่ละด้าน ดังนี้

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง)

ด้านเศรษฐกิจ

- ☐ รายได้ต่อเดือนของผู้ยื่นคำขอ ต่ำกว่า ๓,๐๐๐ บาท
- ☐ รายได้เฉลี่ยของคนในครัวเรือนต่อปี ต่ำกว่า ๑๐๐,๐๐๐ บาท
- ☐ ไม่มีรายได้/ตกงาน/ว่างงาน
- ☐ มีหนี้สินในระบบ จำนวน.....บาท / หนี้สินนอกระบบ จำนวน.....บาท
- ☐ เจ็บป่วย ระบุ.....

ด้านสุขภาพ

ด้านภาระพึ่งพิง

- ☐ มีเด็กแรกเกิด - อายุ ๑๘ ปี
- ☐ มีคนอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี ว่างงาน
- ☐ มีคนพิการ / เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ☐ มีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
- ☐ เป็น / มีพ่อ - แม่เลี้ยงเดี่ยว
- ☐ มีบุคคลต้องโทษจำคุก / ถูกทอดทิ้ง / สาบสูญ

ด้านที่อยู่อาศัย

- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (อาศัยผู้อื่นอยู่)
- ☐ อยู่บ้านเช่า / ที่เช่า จ่ายค่าเช่า.....บาท ต่อเดือน/ปี
- ☐ ที่อยู่อาศัยชำรุดทรุดโทรมมาก/ไม่ปลอดภัย/ไม่มั่นคง/ไม่เหมาะต่อการพักอาศัย

ด้านการเข้าถึงบริการรัฐ

- ☐ ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
- ☐ ไม่ได้รับสวัสดิการอื่นที่พึงได้รับ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ฯลฯ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ

๑. ผู้รับรอง กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน
๒. แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตำแหน่งพร้อมลงลายมือชื่อของผู้รับรอง
๓. การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดทั้งทางแพ่งและอาญา