

เอกสารประกอบในการยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

๑. แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน ๑ ชุด
 ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย อย่างละ ๑ ฉบับ
(รับรองสำเนาถูกต้อง)
 - กรณีมีผู้ยื่นคำขอยื่นแทนผู้ป่วย ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและ
สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอแทนด้วย (รับรองสำเนาถูกต้อง) อย่างละ ๑ ฉบับ
 ๓. สำเนาใบนัดของสถานพยาบาล ของรัฐ หรือสำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น
(อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๔. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
 ๕. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๖. ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
(กรณีไม่ได้จ้างเหมารถ ตามแบบขอรับการสงเคราะห์ฯ ข้อ ๑ และ ๒) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๗. ใบเสร็จรับเงินหรือบิลเงินสด สำเนารายการจดทะเบียนรถของเจ้าของรถ
และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของรถ (กรณีจ้างเหมารถแบบขอรับการสงเคราะห์ฯ ข้อ ๓)
อย่างละ ๑ ฉบับ
 ๘. หนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ)
อย่างละ ๑ ฉบับ
 ๙. สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
-

ผู้ป่วยยากไร้ อบจ.ศก.เลขที่...../๒๕..... วันที่รับคำขอ..... ☐ โดยตรง ☐ ผ่าน อปท.

แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ยื่นคำร้องขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ของ
☐ ตนเอง
☐ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. อายุ.....ปี
เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ยื่นคำร้อง

ข้อมูลของผู้ป่วย

นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์.....
ป่วยด้วยโรค.....สถานพยาบาลที่รักษา.....
อำเภอ.....จังหวัด.....ความถี่ในการไปรักษา.....ครั้ง/เดือน
☐ รักษาครั้งแรก ☐ รักษาต่อเนื่อง ☐ อื่นๆ.....
☐ เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ ☐ เป็นคนไข้ทั่วไป

ข้าพเจ้าเคยได้รับเงินสงเคราะห์จากสำนักงานกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ.....จำนวน.....ครั้ง/ปี เป็นเงิน.....บาท (.....)
ข้าพเจ้ามีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาลไม่เพียงพอ จึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป
รักษาพยาบาลเป็นค่าพาหนะเดินทาง ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ดังนี้

☐ ๑. ค่ารถโดยสารประจำทาง

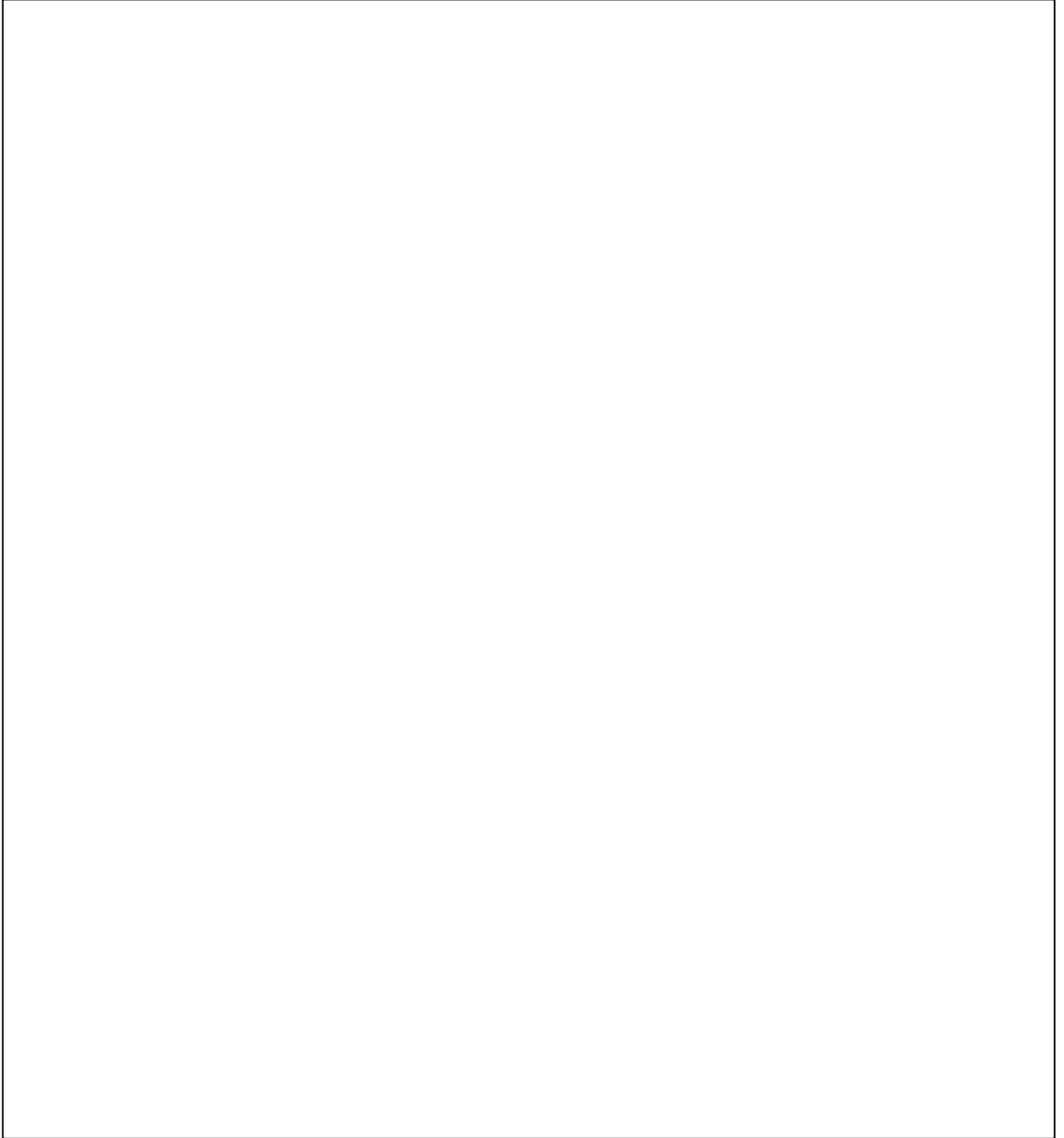
- ค่าพาหนะ (ค่ารถโดยสารประจำทาง/ค่ารถรับจ้าง) จากบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ ถึงสถานพยาบาล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รวมระยะทาง (ไป-กลับ).....กิโลเมตร
เป็นเงิน.....บาท (.....)

กรณีที่ไม่สามารถนั่งรถโดยสารประจำทางได้ เนื่องจาก.....
.....จึงจำเป็นต้องเดินทางโดยพาหนะอื่นๆ ดังนี้

☐ ๒. ค่าเช่ารถพาหนะเหมาจ่าย (รถยนต์/รถจักรยานยนต์) ระบุ.....
- ระยะทางจากบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัดศรีสะเกษ ถึงสถานพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รวมระยะทาง (ไป-กลับ).....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท (.....)

☐ ๓. ค่าจ้างเหมารถบริการ (กรณีจ้างเหมารถ)
- ระยะทางจากบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัดศรีสะเกษ ถึงสถานพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รวมระยะทาง (ไป-กลับ).....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท (.....)

แผนที่ตั้งบ้านของข้าพเจ้า พอสั่งเขป



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูล
ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตาม
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยฯ ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการ
เบิกจ่ายเงินค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

- | | |
|---|----------------|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ สำเนาใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น
(อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร..... | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (กรณีไม่ได้จ้างเหมารถ ตามข้อ ๑ และ ๒) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ใบเสร็จรับเงินหรือบิลเงินสด สำเนารายการจดทะเบียนรถของเจ้าของรถ
และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของรถ (กรณีจ้างเหมารถ ข้อ ๓) | อย่างละ ๑ ฉบับ |
| ☐ สำเนาเอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) | |

กรณีมีผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วยและมีการมอบอำนาจ

- | | |
|---|----------------|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอแทน | อย่างละ ๑ ฉบับ |
| (กรณีมีผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย) | |
| ☐ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | อย่างละ ๑ ฉบับ |
| (กรณีมอบอำนาจ) | |

ลงชื่อ.....ผู้ยื่น
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)
ตำแหน่ง.....(จนท.อปท.)
วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
วันที่.....

หมายเหตุ

๑. การขอรับการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากกระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน
๒. หากผู้ป่วยยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้
๓. ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล จัดทำหนังสือนำเสนอเอกสารข้างต้น ไปยังองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
๔. สามารถ Download แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ ได้ที่ Website อบจ.ศรีสะเกษ
www.pao-sisaket.go.th
๕. สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด
โทร. ๐-๔๕๘๑-๔๖๗๖ ต่อ ๑๐๙

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

ตรวจสอบแล้ว ☐ เอกสารครบถ้วน ☐ เอกสารไม่ครบถ้วน

เป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือ
เป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาล ของรัฐ เป็นครั้งที่ ☐ ครั้งที่ ๑ ☐ ครั้งที่ ๒ ☐ ครั้งที่ ๓
และได้รับการอนุมัติให้ความช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลฯ เบิกจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....
ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบจ.ศก.
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

เขียนที่.....

วันที่.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
.....	- ค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ของผู้ป่วยยากไร้ ราย..... เดินทางโดย..... จากบ้านพักเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ ถึงโรงพยาบาล..... อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ รวมระยะทาง (ไป-กลับ).....กิโลเมตร		
(ตัวอักษร) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (.....)			

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้น
 ไม่อาจเรียกเก็บใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้ทราตรองจ่ายเงินไปในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษา
 พยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบสำคัญรับเงิน
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับเงินจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
ตามรายการดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	
- ค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ของ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ของผู้ป่วยยากไร้ ราย..... เดินทางโดย..... จากบ้านพักเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดศรีสะเกษ ถึงโรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รวมระยะทาง (ไป-กลับ)..... กิโลเมตร		-
(ตัวอักษร) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (.....)		-

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....
อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....
สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์..... เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไป
รักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน.....บาท
(.....) ทั้งนี้เนื่องจากไม่สามารถมารับด้วยตนเองได้

ในการจ่ายเงินตามหนังสือมอบอำนาจโปรดจ่ายเช็คในนาม.....
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

- ชื่อ-สกุล..... บัตรผู้มอบอำนาจ.....
วันออกบัตร..... วันบัตรหมดอายุ.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)