

## คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองปราจีนบุรี

สังกัด : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

---

๑. ชื่อกระบวนงาน : การขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๒. ประเภทของงานบริการ : กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๓. หมวดหมู่ของงานบริการ : ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์

๔. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาตหรือที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๕. พื้นที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองปราจีนบุรี

๖. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน : ๐ คน

จำนวนคำขอที่มากที่สุดต่อเดือน : ๐ คน

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุดต่อเดือน : ๐ คน

๗. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองปราจีนบุรี อำเภอเมืองปราจีนบุรี จังหวัดปราจีนบุรี

ติดต่อด้วยตนเองหรืออาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อุปการะดำเนินการแทน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ : ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (เว้นวันหยุดราชการ) มีพักเที่ยง

หมายเหตุ : เปิดรับคำขอเงินสงเคราะห์ ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนธันวาคม ของทุกปี

๘. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนและในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๙ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

คุณสมบัติและหลักเกณฑ์

ผู้ป่วยเอดส์ที่จะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์มีคุณสมบัติเบื้องต้นเหมือนกัน ให้ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องรับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน หรือผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

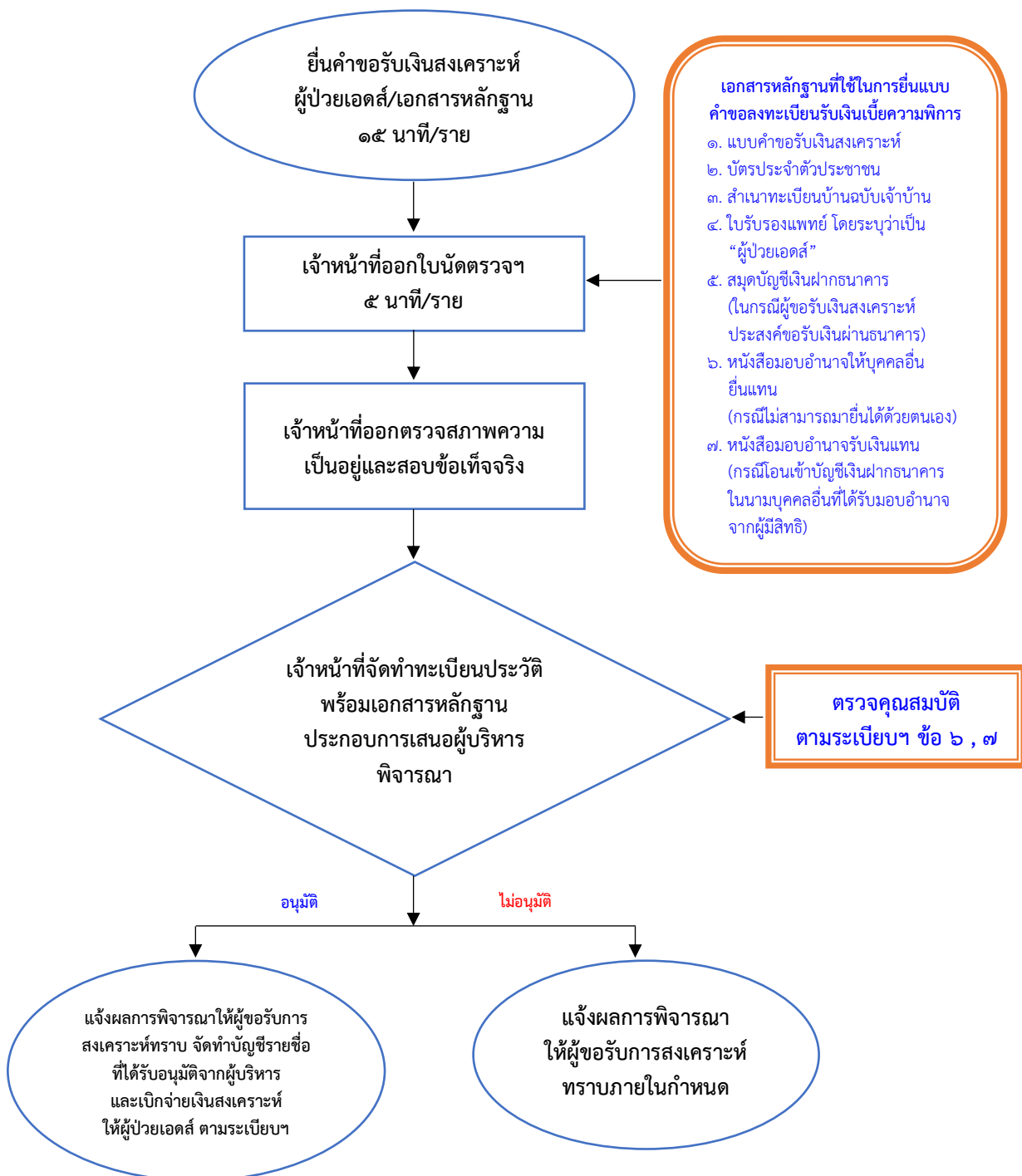
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินสงเคราะห์ย้ายภูมิลำเนาที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบฯ ต้องไปยื่นความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

๙. ขั้นตอน ระยะเวลา และหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การยื่นคำขอและตรวจสอบเอกสาร	ผู้ป่วยเอดส์ที่ประสงค์ขอรับการสงเคราะห์หรือผู้อุปการะที่ได้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ	๑๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๒	การออกเอกสาร	เจ้าหน้าที่ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๓	การตรวจสอบ	เจ้าหน้าที่ออกตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์และจัดทำแบบสอบถามเท็จจริงเบื้องต้น	๓ วัน	กองสวัสดิการสังคม กองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม ไม่เกิน ๓ วัน นับ จากได้รับคำขอ
๔	การจัดทำทะเบียนประวัติ เอกสารหลักฐานประกอบ	เจ้าหน้าที่จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์	๑ วัน	กองสวัสดิการสังคม ไม่เกิน ๑ วัน นับ จากการออกตรวจ สภาพความเป็นอยู่
๕	การพิจารณาอนุมัติ	ผู้บริหารท้องถิ่นพิจารณาอนุมัติหรือไม่อนุมัติพิจารณาจากสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติ หรือข้อจำกัดด้านงบประมาณ และแจ้งให้ผู้ขอรับการสงเคราะห์ทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด	๕ วัน	กองสวัสดิการสังคม ไม่เกิน ๕ วัน นับแต่วันจัดทำ ทะเบียนประวัติ

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๐ วัน

## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการ (การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



๑๐. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ผ่านการลดขั้นตอนจากเดิม ๑๔ วัน เวลาปฏิบัติราชการที่ปรับลด ๑๐ วัน

๑๑. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นแบบยื่นยันสิทธิ

๑๑.๑ เอกสารยื่นยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือ บัตรอื่นที่ออกให้ โดยหน่วยงาน ของรัฐ ที่มีรูปถ่าย	กรมการปกครอง	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการสังคม บริการถ่ายสำเนา เอกสารให้
๒	ใบรับรองแพทย์	โรงพยาบาลของ รัฐหรือเอกชนที่ ได้รับการรับรอง	๑	-	ฉบับ	-
๓	ทะเบียนบ้าน (ฉบับเจ้าบ้าน)	สำนักทะเบียน ท้องถิ่น	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการสังคม บริการถ่ายสำเนา เอกสารให้
๔	สมุดบัญชี เงินฝากธนาคาร (กรณีและผู้ขอรับ เงินประสงค์ ขอรับเงินผ่าน ธนาคาร)	-	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการสังคม บริการถ่ายสำเนา เอกสารให้
๕	หนังสือมอบ อำนาจ (กรณีมอบ อำนาจให้บุคคล อื่นมายื่นแทน)	กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น	๑	-	ฉบับ	หนังสือมอบอำนาจ รับได้ที่กอง สวัสดิการสังคม
๖	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือ บัตรอื่นที่ออกให้ โดยหน่วยงาน ของรัฐ ที่มีรูปถ่าย (กรณีมอบอำนาจ ให้ผู้อื่นมายื่น แทนหรือรับเงิน แทนคนพิการ)	กรมการปกครอง	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการสังคม บริการถ่ายสำเนา เอกสารให้

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๗	หนังสือมอบ อำนาจรับเงิน แทน (กรณีคนพิการ ประสงค์ให้ บุคคลอื่นเป็น ผู้รับเงินเบี้ย ความพิการ แทน)	กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น	๑	-	ฉบับ	หนังสือมอบอำนาจ รับได้ที่กอง สวัสดิการสังคม

#### ๑๑.๒ เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

#### ๑๒. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

#### ๑๓. ช่องทางการร้องเรียน

เทศบาลเมืองปราจีนบุรี อำเภอเมืองปราจีนบุรี จังหวัดปราจีนบุรี หมายเลขโทรศัพท์ ๐๓๗ ๒๑๑๐๒๘  
หรือ E-mail : [contact@prachincity.go.th](mailto:contact@prachincity.go.th) หรือ facebook : เทศบาลเมืองปราจีนบุรี หรือ  
เขียนคำร้องด้วยตนเองที่ สำนักปลัดเทศบาล

#### ๑๔. แบบฟอร์มและตัวอย่างการกรอกข้อมูล

๑๔.๑ แบบคำขอรับการสงเคราะห์

๑๔.๒ ตัวอย่างการกรอกข้อมูลในแบบคำขอรับการสงเคราะห์

๑๔.๓ หนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน

๑๔.๔ ตัวอย่างการกรอกข้อมูลในหนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน

๑๔.๕ หนังสือมอบอำนาจรับเงินแทน

๑๔.๖ ตัวอย่างการกรอกข้อมูลในหนังสือมอบอำนาจรับเงินแทน

## แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

### ๑. ที่พักอาศัย

- เป็นของตนเองและมีลักษณะ  ชุดรุดทรุดโทรม  ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน  มั่นคงถาวรดี  
 เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

### ๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- สะดวก  ลำบาก เนื่องจาก.....สามารถเดินทางได้  
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้าน เป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้  
 สะดวก  ลำบาก เนื่องจาก.....สามารถเดินทางได้  
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้  
 สะดวก  ลำบาก เนื่องจาก.....

### ๓. การพักอาศัย

- อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....ปี  
 พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน.....คน

### ๔. รายได้-รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....  
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....  
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย/นาง/นางสาว).....  
สถานที่ติดต่อเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ถนน.....  
ตรอก/ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการสงเคราะห์  
(.....)

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

- ตัวอย่าง -

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../..... วันที่ ๑๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ด้วยข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ ปราจีน นามสกุล บุรี  
เลขประจำตัวประชาชน ๑ ๒๓๔๕ ๖๗๘๙๐ ๑๒ ๓ เกิดวันที่ ๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๑๐  
อายุ ๕๖ ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ ๒๐ หมู่ที่/ชุมชน ร่วมใจ ถนน แก้วพิจิตร  
ตรอก/ซอย - ตำบล หน้าเมือง อำเภอ เมืองปราจีนบุรี จังหวัด ปราจีนบุรี  
รหัสไปรษณีย์ ๒๕๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๑๒๓๔๕๖๗๘๙

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

- เป็นของตนเองและมีลักษณะ  ขรุขระทรุดโทรม  ขรุขระทรุดโทรมบางส่วน  มั่นคงถาวรดี  
 เป็นของ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง ๒๐๐ เมตร สามารถเดินทางได้

- สะดวก  ลำบาก เนื่องจาก.....  
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้าน เป็นระยะทาง ๒๐๐ เมตร สามารถเดินทางได้

- สะดวก  ลำบาก เนื่องจาก.....  
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทาง ๑,๐๐๐ เมตร สามารถเดินทางได้

- สะดวก  ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

- อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก บิดา มารดาเสียชีวิตแล้ว ญาติพี่น้องไม่อยู่ในพื้นที่ มาประมาณ ๑๕ ปี  
 พักอาศัยกับ..... รวม..... คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน..... คน

๔. รายได้-รายจ่าย

มีรายได้รวม ๒,๐๐๐ บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้ รับจ้างทั่วไป

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า ค่าน้ำ/ค่าไฟ/ค่าอุปโภค-บริโภค

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย/นาง/นางสาว) เมือง งามบุรี

สถานที่ติดต่อเลขที่ ๑๓๕ หมู่ที่/ชุมชน ร่วมใจ ถนน แก้วพิจิตร

ตรอก/ซอย - ตำบล หน้าเมือง อำเภอ เมืองปราจีนบุรี จังหวัด ปราจีนบุรี

รหัสไปรษณีย์ ๒๕๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๙๘๗๖๕๔๓๒๑ เกี่ยวข้องเป็น เพื่อนบ้าน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ปราจีน บุรี ผู้ขอรับการสงเคราะห์  
( นายปราจีน บุรี )

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

## หนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวข้อเป็น.....  
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....  
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....  
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นแบบ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้  
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

- ตัวอย่าง -

หนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน

เขียนที่ ๒๐ ถ.แก้วพิจิตร ต.หน้าเมือง อ.เมืองปราจีนบุรี จ.ปราจีนบุรี

วันที่ ๑๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นายปราจีน บุรี ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่ ๑ ๒๓๔๕ ๖๗๘๙๐ ๑๒ ๓ ออกให้ ณ กรมการปกครอง เมื่อวันที่ ๑๕ ม.ค. ๒๕๖๕ อยู่บ้านเลขที่ ๒๐  
หมู่ที่ - .....ตรอก/ซอย - .....ถนน แก้วพิจิตร แขวง/ตำบล หน้าเมือง  
เขต/อำเภอ เมืองปราจีนบุรี จังหวัด ปราจีนบุรี โทรศัพท์ ๐๑๒๓๔๕๖๗๘๙

ขอมอบอำนาจให้ นางเมือง งามบุรี เกี่ยวข้องเป็น เพื่อนบ้าน  
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ๑ ๒๐๔๕ ๖๗๘๙๐ ๑๒ ๓ ออกให้ ณ กรมการปกครอง  
เมื่อวันที่ ๓ มี.ย. ๒๕๖๖ อยู่บ้านเลขที่ ๒๐ หมู่ที่ - .....ตรอก/ซอย - .....  
ถนน แก้วพิจิตร แขวง/ตำบล หน้าเมือง เขต/อำเภอ เมืองปราจีนบุรี จังหวัด ปราจีนบุรี  
โทรศัพท์ ๐๙๘๗๖๕๔๓๒๑

เป็นผู้มีอำนาจยื่นแบบ คำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้  
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ปราจีน บุรี .....ผู้มอบอำนาจ  
(..... นายปราจีน บุรี .....)

ลงชื่อ..... เมือง งามบุรี .....ผู้รับมอบอำนาจ  
(..... นางเมือง งามบุรี .....)

ลงชื่อ..... มะลิ งามบุรี .....พยาน  
(..... นางสาวมะลิ งามบุรี .....)

ลงชื่อ..... เป็นไท งามบุรี .....พยาน  
(..... นายเป็นไท งามบุรี .....)

## หนังสือมอบอำนาจรับเงินแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....  
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....  
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่  
มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้  
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

- ตัวอย่าง -

หนังสือมอบอำนาจรับเงินแทน

เขียนที่ ๒๐ ถ.แก้วพิจิตร ต.หน้าเมือง อ.เมืองปราจีนบุรี จ.ปราจีนบุรี

วันที่ ๑๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นายปราจีน บุรี ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่ ๑ ๒๓๔๕ ๖๗๘๙๐ ๑๒ ๓ ออกให้ ณ กรมการปกครอง เมื่อวันที่ ๑๕ ม.ค. ๒๕๖๕ อยู่บ้านเลขที่ ๒๐  
หมู่ที่ - ..ตรอก/ซอย - ..ถนน แก้วพิจิตร แขวง/ตำบล หน้าเมือง  
เขต/อำเภอ เมืองปราจีนบุรี จังหวัด ปราจีนบุรี โทรศัพท์ ๐๑๒๓๔๕๖๗๘๙

ขอมอบอำนาจให้ นางเมือง งามบุรี เกี่ยวข้องเป็น เพื่อนบ้าน  
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ๑ ๒๐๔๕ ๖๗๘๙๐ ๑๒ ๓ ออกให้ ณ กรมการปกครอง  
เมื่อวันที่ ๓ มิ.ย. ๒๕๖๖ อยู่บ้านเลขที่ ๒๐ หมู่ที่ - ..ตรอก/ซอย - ..  
ถนน แก้วพิจิตร แขวง/ตำบล หน้าเมือง เขต/อำเภอ เมืองปราจีนบุรี จังหวัด ปราจีนบุรี  
โทรศัพท์ ๐๙๘๗๖๕๔๓๒๑

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยความพิการ/เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่  
มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้  
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ปราจีน บุรี .....ผู้มอบอำนาจ  
(..... นายปราจีน บุรี .....)

ลงชื่อ..... เมือง บุรี .....ผู้รับมอบอำนาจ  
(..... นางเมือง งามบุรี .....)

ลงชื่อ..... มะลิ งามบุรี .....พยาน  
(..... นางสาวมะลิ งามบุรี .....)

ลงชื่อ..... เป็นไท งามบุรี .....พยาน  
(..... นายเป็นไท งามบุรี .....)