

แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดปทุมธานี
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ. นามสกุล..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดปทุมธานี หมายเลขโทรศัพท์.....
อาชีพ..... รายได้..... บาท/วัน/สัปดาห์/เดือน ป่วยด้วยโรค.....
.....สถานพยาบาลที่รักษา.....
ความถี่ในการรักษา.....ครั้ง/สัปดาห์/เดือน/ปี สิทธิการรักษา บัตรทอง บัตรคนพิการ ประกันสังคม
 ข้าราชการ..... อื่นๆ..... สิทธิสวัสดิการเคยได้รับจาก.....
 เป็นผู้ป่วยในพระราชานุญาต ปัจจุบันอยู่ในเขตพื้นที่ เทศบาล/อบต.
การเดินทางด้วยพาหนะ ส่วนตัว หน่วยงานของรัฐ/มูลนิธิ รถรับจ้าง..... อื่นๆ(ระบุ).....
ระยะทาง (ไป-กลับ) จากที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัดปทุมธานี ถึง สถานพยาบาล ตามรายการดังนี้
๑.สถานพยาบาล..... ระยะทาง..... กิโลเมตร เป็นเงิน..... บาท
๒.สถานพยาบาล..... ระยะทาง..... กิโลเมตร เป็นเงิน..... บาท
๓.สถานพยาบาล..... ระยะทาง..... กิโลเมตร เป็นเงิน..... บาท

แผนที่ตั้งบ้านพักของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสั่งเขป

บุคคลที่สามารถติดต่อได้/ผู้ดูแลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่า
ข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทาง
ที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดปทุมธานี

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเรื่อง ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล (เจ้าหน้าที่ เทศบาล/อบต.)
(.....) (.....)

ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

