



หนังสือขอรับการสงเคราะห์ของผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุโขทัย

วันที่.....

เรื่อง ขอรับการสงเคราะห์เป็นค่าพาหนะเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ
เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุโขทัย

ด้วยข้าพเจ้า..... เลขบัตรประชาชน - - - - -
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดสุโขทัย
อาชีพ..... เบอร์โทรศัพท์..... มีความประสงค์ ขอยื่นหนังสือ

ขอรับการสงเคราะห์เป็นค่าพาหนะเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

** กรณียื่นแทน โพรตระบุ ชื่อผู้ป่วย..... เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประชาชน - - - - - อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดสุโขทัย อาชีพ..... เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้ป่วยที่ขอรับการสงเคราะห์ฯ เป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ ซึ่งเป็น ☐ เด็ก ☐ ผู้สูงอายุ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
☐ ผู้ด้อยโอกาส/ผู้ยากจน/ผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน มีความจำเป็นต้องไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ
ตามที่แพทย์นัดป่วยเป็นโรค..... เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ดังนี้

๑. โรงพยาบาล..... ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลฯ.....กม. รวมระยะทางไป-กลับ.....กม.

๒. โรงพยาบาล..... ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลฯ.....กม. รวมระยะทางไป-กลับ.....กม.

สภาพปัญหาความเจ็บป่วย/การช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย.....

รวมรายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน).....บาท/เดือน หนี้สินของครอบครัวบาท

สมาชิกครอบครัว ที่อาศัยอยู่จริง จำนวน.....คน (รวมผู้ป่วยที่ยากไร้) ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	อาชีพ	รายได้ต่อเดือน	หมายเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ
ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ป่วย/ผู้ยื่นหนังสือแทน
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบคุณสมบัติ
(.....)
ตำแหน่ง.....