



ที่ พล ๐๐๒๓.๓/ว ๖๒๓

ถึง เทศบาลนครพิชัยโลก เทศบาลเมืองอรัญญิก เทศบาลเมืองท่าโพธิ์ สำนักงานท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

ด้วยสำนักงานท้องถิ่นจังหวัดพิชัยโลกได้รับแจ้งจากสำนักงานคลังจังหวัดพิชัยโลกว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุได้ประชุม ครั้งที่ ๖/๒๕๖๙ และมีมติเมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๙ อนุมัติแนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการ ลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ กำหนดให้จ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๔ เดือน (เดือนมีนาคม - มิถุนายน ๒๕๖๙) โดยผู้สูงอายุจะได้รับเงินไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อคน กำหนดการโอนเงินเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๙ จำนวน ๓ รอบ โดยแบ่งกลุ่มตามวันเดือนปีเกิด โอนผ่าน ๓ ช่องทาง จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์แนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ให้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียน เพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นเงินสด และไม่มี บัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ ให้มาดำเนินการแจ้งความประสงค์ตามหนังสือ ให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการ เข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น/บัญชีบุคคลอื่น ณ สำนักงานคลังจังหวัดพิชัยโลก ภายในวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวสุทธิดา ถิรนนท์ศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการคลัง โทรศัพท์ ๐ ๕๕๒๕ ๘๘๕๓ ต่อ ๒๓๖๓๖ หรือ ๐๘ ๑๖๔๕ ๓๙๑๖ สำหรับสำนักงาน ท้องถิ่นอำเภอขอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ทราบและดำเนินการด้วย รายละเอียดปรากฏตาม หนังสือสำนักงานคลังจังหวัดพิชัยโลก ที่ พล ๐๐๐๓/๘๓๓ ลงวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๙ ที่ส่งมาพร้อมนี้



สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร. ๐๖-๓๒๐๖-๕๙๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วยสามารถโหลดได้จาก
www.pittoklocal.org/home
"หนังสือราชการ สด.จ.พิชัยโลก"

สำนักงานคลังจังหวัดพิษณุโลก
เลขที่ ๐๖๖๖
๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๙



ฝ่ายบริหารทั่วไป
 กลุ่มงานมาตรฐาน
 กลุ่มงานส่งเสริมฯ
 กลุ่มงานกฎหมาย
 กลุ่มงานการเงิน

ที่ พล ๐๐๐๓/๕๓๓

สำนักงานคลังจังหวัดพิษณุโลก
ถนนวังจันทน์ พล ๖๕๐๐๐

๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๙

เรื่อง การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดพิษณุโลก

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุ ๑ ฉบับ
๒. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการฯ ๑ ฉบับ

ด้วยคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุได้ประชุม ครั้งที่ ๖/๒๕๖๙ และมีมติเมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๙ อนุมัติแนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ กำหนดให้จ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๔ เดือน (เดือนมีนาคม - มิถุนายน ๒๕๖๙) โดยผู้สูงอายุจะได้รับเงินไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อคน กำหนดการโอนเงินเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๙ จำนวน ๓ รอบ โดยแบ่งกลุ่มตามวันเดือนปีเกิด โอนผ่าน ๓ ช่องทาง (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ได้แก่

๑. บัญชีเงินฝากธนาคารตามที่ใช้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่โอนเงินสำเร็จ ประจำเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๙ (ยกเว้นรายที่รับเงินสด)
๒. บัญชีเงินฝากธนาคารที่ผู้มีสิทธิแจ้งตามหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการ เข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น/บัญชีบุคคลอื่น
๓. บัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ

สำนักงานคลังจังหวัดพิษณุโลก จึงขอความอนุเคราะห์ท่านแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ประชาสัมพันธ์แนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ให้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นเงินสด และไม่มีบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ ให้มาดำเนินการแจ้งความประสงค์ตามหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการ เข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น/บัญชีบุคคลอื่น ณ สำนักงานคลังจังหวัดพิษณุโลก ภายในวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๙ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ทั้งนี้ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวสุดธิดา ธีรนนท์ศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการคลัง โทรศัพท์ ๐ ๕๕๒๕ ๘๘๕๓ ต่อ ๒๓๖๓๖ หรือ ๐๘ ๑๖๔๕ ๓๙๑๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางธัญสมร สมบุญรัตน์ศิลป์)

นักวิชาการคลังชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
คลังจังหวัดพิษณุโลก





กรมบัญชีกลางพร้อมจ่าย

เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
ที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

เฉพาะผู้มีสิทธิรายเดิม



1

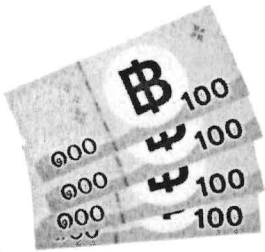
การจ่ายเงินสงเคราะห์ฯ 100 บาท/คน/เดือน

ระยะเวลา 4 เดือน
(มี.ค. - มิ.ย. 69)

ผู้สูงอายุได้รับเงินไม่เกิน
400 บาท/คน
ตามเดือนที่ได้รับสิทธิ

เงื่อนไขการได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์ฯ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

วันเดือนปีเกิด	เดือนที่ได้รับสิทธิ	จำนวนเดือน	จำนวนเงินที่ได้รับ (บาท)
เกิดก่อน 1 มี.ค. 2509	มี.ค. - มิ.ย. 2569	4	400
เกิดระหว่าง 1 - 31 มี.ค. 2509	เม.ย. - มิ.ย. 2569	3	300
เกิดระหว่าง 1 - 30 เม.ย. 2509	พ.ค. - มิ.ย. 2569	2	200
เกิดระหว่าง 1 - 31 พ.ค. 2509	มิ.ย. 2569	1	100



กำหนดการโอนเงินสงเคราะห์ฯ โดยแบ่งกลุ่มตามวันเดือนปีเกิด

วันที่โอน	วันเดือนปีเกิด ของผู้มีสิทธิ	กรณีรับเงินผ่านพร้อมเพย์ ที่ผูกด้วยเลข ปชช. 13 หลัก จะต้องดำเนินการ ก่อนวันโอนเงิน 3 วัน ทำการ	กรณีไม่สามารถ ผูกบัญชีพร้อมเพย์ ให้ยื่นหนังสือ ให้ความยินยอมฯ	ช่องทางการรับเงิน (ตามลำดับ)
1 13 ก.ค. 69	เกิดก่อน 1 มี.ค. 2497	ภายใน 8 ก.ค. 69	ภายใน 2 ก.ค. 69	1. บัญชีเงินฝากธนาคารที่มีสิทธิ แจ้งตามหนังสือให้ความยินยอม โอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับ บุคคลอื่น/บัญชีบุคคลอื่น 2. บัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลข ประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ
2 14 ก.ค. 69	เกิดระหว่าง 1 มี.ค. 2497 - 31 ส.ค. 2503	ภายใน 9 ก.ค. 69		
3 15 ก.ค. 69	เกิดระหว่าง 1 มี.ค. 2504 - 31 พ.ค. 2509	ภายใน 10 ก.ค. 69		

2

การจ่ายเงินรายการ ที่โอนไม่สำเร็จ (Reject)

จ่ายเงิน 1 ครั้ง

วันที่ 31 ก.ค. 69



โอนเงินผ่าน 3 ช่องทาง ดังนี้

- บัญชีเงินฝากธนาคารตามที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ที่โอนเงินสำเร็จประจำเดือนกรกฎาคม 2569
(ยกเว้น รายที่รับเงินสด)
- บัญชีเงินฝากธนาคารที่มีสิทธิแจ้งตามหนังสือ
ให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับ
บุคคลอื่น/บัญชีบุคคลอื่น
- บัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน



ฉบับที่ 21/2569

วันที่ 25 มิถุนายน 2569

กรมบัญชีกลางพร้อมจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ เฉพาะผู้มีสิทธิรายเดิม

นายธนโชค รุ่งธิปานนท์ รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง ในฐานะโฆษกกรมบัญชีกลางเปิดเผยว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ มีมติเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2569 อนุมัติแนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ให้แก่ผู้มีสิทธิรายเดิม ดังนี้

1. ให้จ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ในอัตราการจ่าย 100 บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา 4 เดือน (เดือนมีนาคม - มิถุนายน 2569) โดยผู้สูงอายุจะได้รับเงินไม่เกิน 400 บาทต่อคน ตามเดือนที่ได้รับสิทธิ กำหนดการโอนเงินในเดือนกรกฎาคม 2569 จำนวน 3 รอบ แบ่งกลุ่มตามวันเดือนปีเกิด โดยจะโอนเงินผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผู้มีสิทธิแจ้งตามหนังสือให้ความยินยอม โอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น/บัญชีบุคคลอื่น หรือบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เงื่อนไขการได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์ฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (ตามเดือนที่ได้รับสิทธิ)

วันเดือนปีเกิด	เดือนที่ได้รับสิทธิ	จำนวนเดือน	จำนวนเงินที่ได้รับ (บาท)
เกิด <u>ก่อน</u> 1 มี.ค. 2509	มี.ค. - มิ.ย. 2569	4	400
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 มี.ค. 2509	เม.ย. - มิ.ย. 2569	3	300
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 30 เม.ย. 2509	พ.ค. - มิ.ย. 2569	2	200
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 พ.ค. 2509	มิ.ย. 2569	1	100

กำหนดการโอนเงินสงเคราะห์ฯ ในเดือนกรกฎาคม 2569 จำนวน 3 รอบ โดยแบ่งกลุ่มตามวันเดือนปีเกิด

รอบที่	วันที่โอนเงิน	วันเดือนปีเกิดของผู้มีสิทธิ	กรณีรับเงินผ่านบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกด้วยเลขปชช.13 หลัก จะต้องดำเนินการก่อนวันโอนเงิน 3 วันทำการ	กรณีไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้ให้ยื่นหนังสือให้ความยินยอมฯ	ช่องทางการรับเงิน (ตามลำดับ)
1	13 ก.ค. 69	เกิดก่อน 1 ม.ค. 2497	ภายใน 8 ก.ค. 69	ภายใน 2 ก.ค. 69	1. บัญชีเงินฝากธนาคารที่ผู้มีสิทธิแจ้งตามหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น/บัญชีบุคคลอื่น หรือ 2. บัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ
2	14 ก.ค. 69	เกิดระหว่าง 1 ม.ค. 2497 - 31 ธ.ค. 2503	ภายใน 9 ก.ค. 69		
3	15 ก.ค. 69	เกิดระหว่าง 1 ม.ค. 2504 - 31 พ.ค. 2509	ภายใน 10 ก.ค. 69		

2. ให้จ่ายเงินสงเคราะห์ฯ รายการที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) จำนวน 1 ครั้ง ในวันที่ 31 กรกฎาคม 2569 โดยโอนเงินสงเคราะห์ฯ ผ่าน 3 ช่องทาง ดังนี้

1) บัญชีเงินฝากธนาคารตามที่ใช้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่โอนเงินสำเร็จ ประจำเดือนกรกฎาคม 2569 (ยกเว้น รายที่รับเงินสด) หรือ

2) บัญชีเงินฝากธนาคารที่ผู้มีสิทธิแจ้งตามหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น / บัญชีบุคคลอื่น หรือ

3) บัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน

“ทั้งนี้ สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ Call Center ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ 0 2109 2345 หรือ Call Center กรมบัญชีกลาง 0 2270 6400 ในวัน เวลาราชการ” โฆษกกรมบัญชีกลางกล่าว

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
 สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 (เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
 ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --.
 เป็นผู้ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
 ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้า
 ผ่านบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี ---
 ซึ่งเป็นบัญชีร่วมของข้าพเจ้ากับ (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --
 ในฐานะ บิดา มารดา บุตร อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า
 ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ
 โครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้ถือบัญชีร่วม
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 5. ไปรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น
 สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 (เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
 ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ -- .
 เป็นผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
 ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่าน
 บัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี ---
 ซึ่งเป็นบัญชีของ (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --
 ในฐานะ บิดา มารดา บุตร อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า
 ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า
 เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ
 ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทนเช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 4. สำเนาทะเบียนบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 5. ไปรับรองแพทย์ (ถ้ามี)