

แบบคำร้องขอรับบริการทำบัตรประจำตัวประชาชน
กรณีผู้ป่วยติดเตียง คนชรา และผู้พิการจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

๑.ข้อมูลบุคคลผู้แจ้ง

ชื่อ..... นามสกุล..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
 ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน.....
 โทรก/ซอย..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์..... สถานภาพทางครอบครัวของผู้
 ที่มีนิตสัมพันธ์.....

**๒.ผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้บัตรประจำตัวประชาชนแสดงในกรณีเร่งด่วนสภาพทางกายภาพจนไม่สามารถ
เคลื่อนย้ายได้ เป็นบุคคลกรณี** ผู้ป่วยติดเตียง คนชรา ผู้พิการ

ชื่อ..... นามสกุล..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
 ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน.....
 โทรก/ซอย..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์..... สภาพทางกาย..... พักรักษาตัวอยู่.....
 บ้าน.....
 ผู้รับผิดชอบในการเคลื่อนย้าย ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 ผู้รับผิดชอบในการเคลื่อนย้าย ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....
 นายแพทย์อนุญาตให้เคลื่อนย้าย ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 ผู้รับผิดชอบในการเคลื่อนย้าย ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....

๓.ให้จัดทำแผนที่โดยสังเขปด้านหลังแบบคำร้องนี้

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำร้อง^{ผู้รับผิดชอบ}
 (.....)

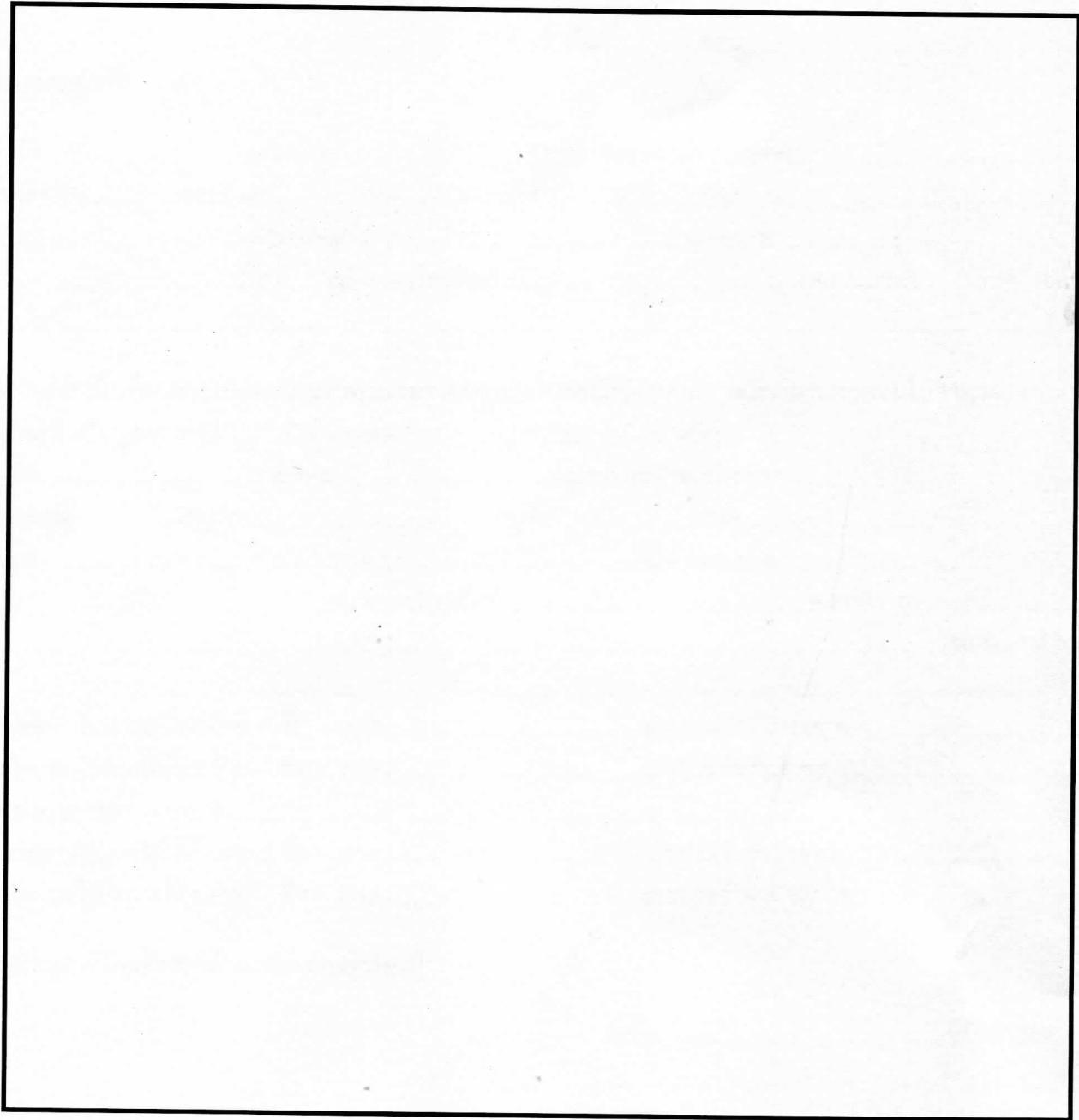
๔.ความเห็นของเจ้าหน้าที่.....

ลงชื่อ..... ผู้รับแจ้ง
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

๕.ความเห็น พนักงานเจ้าหน้าที่.....

ลงชื่อ..... พนักงานเจ้าหน้าที่
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

แผนที่บ้านโดยสังเขป



* ให้ลงรายละเอียดพื้นที่บ้านโดยสังเขปและจุดสังเกตที่เห็นได้ง่ายและชัด เช่น ใกล้กับ วัด โรงเรียน สถานพยาบาล หรือสถานที่ราชการต่าง ๆ

**รายการเอกสารประกอบคำร้อง

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้ดูแล จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ดูแล จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ ของผู้ป่วยติดเตียง (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 1 ฉบับ
- รูปถ่ายผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 2 รูป