

แบบคำร้องขอรับบริการทำบัตรประจำตัวประชาชน
กรณีผู้ป่วยติดเตียง คนชรา และผู้พิการจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้อมูลบุคคลผู้แจ้ง

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

๒. ผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้บัตรประจำตัวประชาชนแสดงในกรณีเร่งด่วนสภาพทางกายภาพจนไม่สามารถ
เคลื่อนย้ายได้ เป็นบุคคลกรณี ผู้ป่วยติดเตียง คนชรา ผู้พิการ

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตรอก/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
(.....)

๔. ความเห็นของเจ้าหน้าที่.....
.....

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

๕. ความเห็น พนักงานเจ้าหน้าที่.....
.....

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

