



ที่ ชย ๕๑๐๑๑.๑/ว ๕๑๖๐

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ  
ถนนองค์การฯ สาย ๑ ชย ๓๖๐๐๐

๙ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์  
ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองชัยภูมิ / นายกเทศมนตรีตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบล

อ้างถึง หนังสือองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ที่ ชย ๕๑๐๐๙.๓/ว ๕๒๗ ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด  
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การ  
บริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ จำนวน ๑ ชุด
  ๒. หลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง จำนวน ๑ ชุด
  ๓. แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคมเพื่อขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทาง  
ของผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ จำนวน ๑ ชุด
  ๔. แบบรายงานติดตามการให้ความช่วยเหลือ (กรณีขอรับครั้งที่ ๒ และ ครั้งที่๓) จำนวน ๑ ชุด
  ๕. เอกสารตัวอย่าง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ได้ชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวง  
มหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ เพื่อให้  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่จังหวัดชัยภูมิทราบและถือปฏิบัติ รายละเอียดปรากฏตามหนังสือที่อ้างถึง นั้น

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ขอเรียนว่าจากการดำเนินงานตามโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วย  
ที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ที่ผ่านมาได้รับการตอบรับ  
จากเทศบาลตำบล / องค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างดี และเพื่อให้การดำเนินงาน  
ดังกล่าว เป็นไปด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องตามระเบียบของทางราชการ ทำให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตลอดจน  
ลดปัญหาและข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น จึงขอชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย  
ค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ (เพิ่มเติม) มาเพื่อทราบและ  
เป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อไป

เรียน นายก อบต.บ้านไร่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดทราบ

แจ้ง.....

เห็นควรพิจารณาดำเนินการต่อไป

(นางสาว สลิมา จังโกฏ)

เจ้าพนักงานธุรการ ชำนาญงาน

ขอแสดงความนับถือ

พล.ร.อ./

(สุวิทย์ ธาระรูป)

รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ปฏิบัติราชการแทน  
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

(นายสุภกฤษ ฐานเจริญ)

รองปลัด อบต. รักษาการแทน

หัวหน้าสำนักปลัด

กองสวัสดิการสังคม

ฝ่ายสังคมสงเคราะห์

โทรศัพท์ ๐-๘๓-๖๘๔-๕๓๑๑

پرندตั้งการ

(นายมนตรี สติระณวัฒน์)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

นายกรณิศ เขตจันทัก

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

## สิ่งที่ส่งมาด้วย

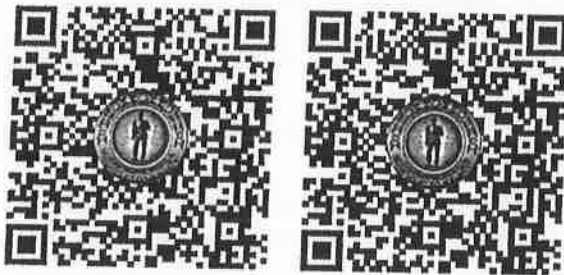
1. หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ



2. หลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง



3. แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคมเพื่อขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ



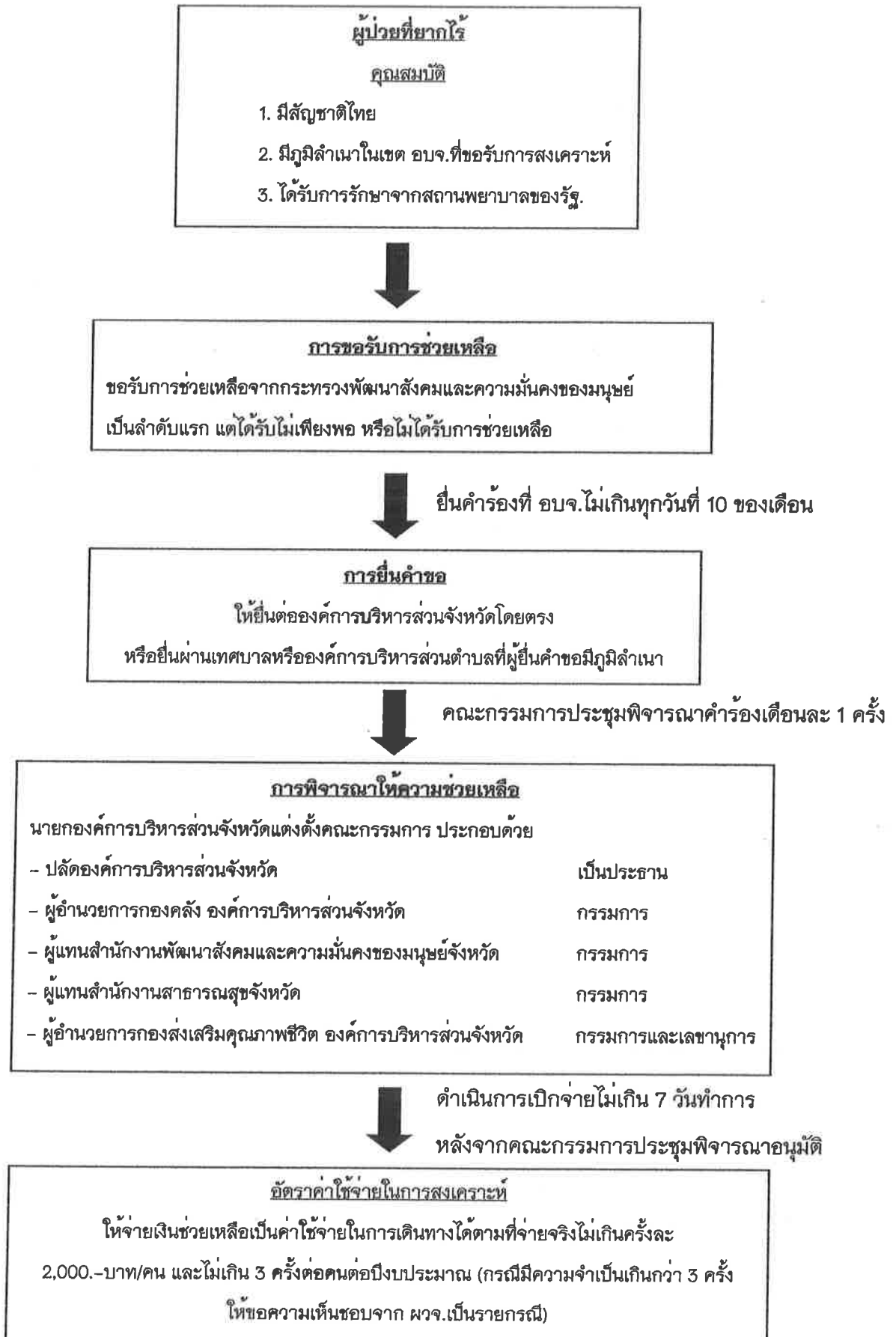
4. แบบรายงานติดตามการให้ความช่วยเหลือ (กรณีขอรับครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3)



5. เอกสารตัวอย่าง



หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด  
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย  
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2560



**หลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง  
เพื่อขอรับเงินค่าพาหนะในการเดินทางไปโรงพยาบาล**

กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่ยื่นคำร้องขอรับเงินค่าพาหนะในการไปโรงพยาบาล ครั้งแรก / ปิงบประมาณ

๑. ให้ใช้แบบฟอร์ม “แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคมเพื่อขอรับบริการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ” (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. ใบรับรองแพทย์ หรือ ใบนัดแพทย์ (กรณีแพทย์นัด)
๕. รูปถ่าย (แนบรูปถ่ายสภาพความเป็นอยู่ และที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย)
  - ๕.๑ รูปถ่ายบ้านพักอาศัยของผู้ป่วย : ควรถ่ายรูปให้เห็นบ้านเต็มหลัง เพื่อให้แสดงถึงสภาพความเป็นอยู่ ไม่ควรถ่ายเฉพาะจุดที่ชำรุดบกพร่องของบ้าน และต้องเป็นบ้านที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่จริง อย่างน้อย ๒ รูป
  - ๕.๒ รูปถ่ายของผู้ป่วย : ควรถ่ายภาพปัจจุบัน ทั้งแบบเต็มตัว และครึ่งตัว ให้ชัดเจน อย่างน้อย ๒ รูป

กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่ยื่นคำร้องขอรับเงินค่าพาหนะในการไปโรงพยาบาล ครั้งที่ ๒ และ ๓ / ปิงบประมาณ

๑. ให้ใช้แบบฟอร์ม “แบบรายงานติดตามการให้ความช่วยเหลือ” (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. ใบรับรองแพทย์ หรือใบนัดแพทย์ (กรณีแพทย์นัด)

**ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง**

\*\*เทศบาล / องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถนำส่งคำร้องเพื่อขอรับค่าพาหนะในการเดินทางไปโรงพยาบาล ตามโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ในปีงบประมาณ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงวันที่ ๑๕ สิงหาคมของทุกปี\*\*

**ช่องทางการติดต่อสื่อสาร**

๑. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓-๖๘๔-๕๓๖๑
๒. ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม ได้ที่ Face book : กองสวัสดิการสังคม อบจ.ชัยภูมิ

\*\*\*\*\*

แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคม เพื่อขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้  
องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง...../...../.....

๑. ประเภทผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน (เลือกเพียง ๑ รายการเท่านั้น)

- เด็ก       คนพิการ       ผู้สูงอายุ       ผู้มีรายได้น้อย       สตรี       ผู้ป่วยเอดส์  
 ผู้มีรายได้น้อย       อื่น ๆ ระบุ.....

๒. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน

คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ - สกุล.....เพศ.....

วันเดือนปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน ..... กรณีไม่มี เนื่องจาก.....

รหัสประจำบ้าน .....

- สถานภาพสมรส     โสด       สมรสอยู่ด้วยกัน     สมรสแยกกันอยู่       หย่าร้าง  
 อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส     หม้าย คู่สมรสเสียชีวิต       อื่น ๆ ระบุ.....

- ระดับการศึกษา     ไม่ได้รับการศึกษา       ประถมศึกษาตอนต้น       ประถมศึกษาตอนปลาย  
 มัธยมศึกษาตอนต้น       มัธยมศึกษาตอนปลาย       กำลังศึกษาอยู่       อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ.....รายได้.....บาทต่อปี/เดือน/วัน

ที่อยู่ปัจจุบัน     บ้านตนเอง     บ้านเช่า     บ้านญาติ     บ้านพักของผู้จ้าง     อื่น ๆ ระบุ.....

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๓. ผู้ร้องขอแทนผู้ขอรับบริการ     เป็นบุคคลคนเดียวกับ ข้อ ๒

คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการในข้อ ๒ เกี่ยวข้องเป็น.....

๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ - สกุล เลขประจำตัวประชาชน	เพศ	ว/ด/ป.เกิด	เกี่ยวข้อง เป็น	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาท)	สุขภาพ
	ชื่อ.....							
	ชื่อ.....							
	ชื่อ.....							
	ชื่อ.....							
	ชื่อ.....							

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว.....บาท/ปี    รายจ่ายเฉลี่ยสมาชิกในครอบครัว.....บาท/ปี

ภาระหนี้สิน     ไม่มี       มีในระบบ จำนวน.....บาท    นอกในระบบ จำนวน.....บาท

๕. สภาพความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- เป็นโรคอันตรายร้ายแรง       เจ็บป่วยเรื้อรัง       ครอบครัวแตกแยก       มีภาระเลี้ยงดูเด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง  
 ถูกทอดทิ้ง       ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู       ค่ารักษาพยาบาล       ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล.....  
 เด็กกำพร้า/ถูกทอดทิ้ง       บุคคลพิการ       ไม่มีที่อยู่อาศัย       ไม่มีทุนประกอบอาชีพ       ไม่มีงานทำ/ว่างงาน  
 มีหนี้สิน       อื่น ๆ ระบุ.....

เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น  ไม่เคย     เคย จากหน่วยงาน.....

เรื่อง.....

๖. ความต้องการให้ช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- เงินสงเคราะห์ครอบครัว                       เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื่อเฮดส์                       เครื่องช่วยความพิการระบุ.....  
 สง่เข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด                       เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา                       เงินทุนประกอบอาชีพ                       ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน  
 ค่าปรึกษา/แนะนำ                       ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล                       อื่น ๆ ระบุ.....

๗. ความช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล

- เงินสงเคราะห์ครอบครัว                       เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื่อเฮดส์                       เครื่องช่วยความพิการระบุ.....  
 สง่เข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด                       เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา                       เงินทุนประกอบอาชีพ                       ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน  
 ค่าปรึกษา/แนะนำ                       ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล                       อื่น ๆ ระบุ.....

๘. กรณีขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล.....

- เพื่อรับการรักษาโรค                       ฟอกไต/ฟอกเลือด                       มะเร็ง.....                       เบาหวาน  
 โรคผิวหนัง                       อื่น ๆ ระบุ.....

ความถี่ในการไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด  สัปดาห์ละ.....ครั้ง                       เดือนละ.....ครั้ง                       ทุก ๆ .....เดือน  
 อื่น ๆ ระบุ.....

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล                       ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท  
 ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท  
 ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท  
 ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล จำนวนเงิน.....บาท  
 อื่น ๆ ระบุ.....จำนวนเงิน.....บาท  
รวมเป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน  
(.....)

๙. ความเห็นของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

- เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง  
 อื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๐. ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง  
 อื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา  
(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๑. ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
- ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

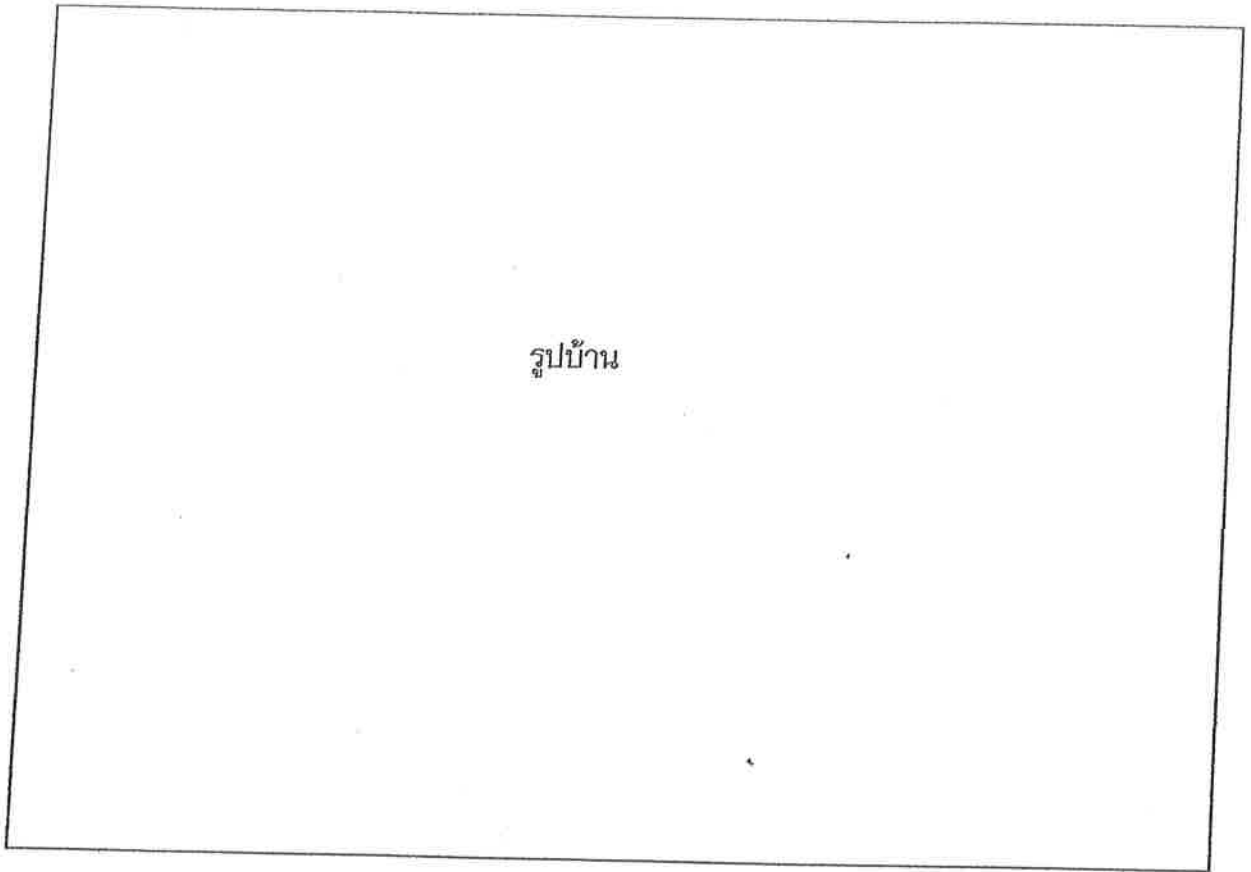
ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

๑๒. มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ครั้งที่...../.....  
เมื่อวันที่.....

- อนุมัติ
  - ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
  - ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท
  - ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
  - ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล จำนวนเงิน.....บาท
  - อื่น ๆ ระบุ..... จำนวนเงิน.....บาทรวมเป็นเงิน.....บาท

- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ  
(.....)  
ตำแหน่ง.....



รูปบ้าน

ขอรับรองว่าเป็นรูปถ่ายบ้านพักอาศัย ของ นาย/ นาง / นางสาว.....

เลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัดชัยภูมิ

ได้อาศัยอยู่จริง

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำร้อง/ผู้ร้องแทน  
(.....)

(ลงชื่อ)..... กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ)..... ผู้สอบข้อเท็จจริง  
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ผู้สอบข้อเท็จจริง หมายถึง นักพัฒนาชุมชน หรือ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม/  
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข หรือ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล / ปลัดเทศบาลตำบล



แบบบันทึกข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ป่วยที่ยากไร้

๑. ข้อมูลรายได้ในครอบครัว (ให้อธิบายว่า สมาชิกในครอบครัวมีรายได้กี่คน/ที่มาของรายได้/จำนวนเงินรายได้ต่อเดือน)

.....  
.....  
.....

๒. สภาพปัญหาความเดือดร้อน (อธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องยื่นคำร้องขอค่าพาหนะในการเดินทางไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๓. โรคและอาการเจ็บป่วย (ให้อธิบายรายละเอียดของโรคและอาการเจ็บป่วยโดยละเอียด เช่น ป่วยเป็นโรคอะไร/ระยะของโรคที่ป่วย/เข้ารับการรักษาในชั้นไหน/ได้รับการรักษาอย่างไร/แพทย์นัดครั้งต่อไปเพื่อทำอะไร)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๔. การเดินทางไปพบแพทย์ (ให้ระบุยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปพบแพทย์ เช่น รถยนต์/รถจักรยานยนต์ส่วนตัว/รถโดยสารประจำทาง/รถรับจ้าง/หรือ อื่นๆ)

.....  
.....

๕. ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้ป่วย/ผู้ร้องแทน

๖. ผู้บันทึกข้อมูล

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
เจ้าหน้าที่ อบต./เทศบาล

แบบรายงานติดตามการให้ความช่วยเหลือ

(กรณีขอรับครั้งที่ ๒ และ ครั้งที่ ๓)

โครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

ครอบครัวของ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดชัยภูมิ  
ผลการช่วยเหลือครั้งที่.....ได้รับเงินเมื่อวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท  
ได้ใช้จ่ายเป็นค่าเดินทางไปโรงพยาบาล.....เพื่อรับการตรวจ/รักษา/บำบัดโรค.....  
ผลการวินิจฉัยของแพทย์  สิ้นสุดการนัดตรวจอาการ  นัดตรวจครั้งต่อไปวันที่.....  
ข้อเท็จจริงการติดตามเยี่ยมบ้านหลังการช่วยเหลือครั้งที่.....  
สภาพปัญหาความเดือดร้อนปัจจุบัน.....

ความต้องการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

- ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
  - ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท
  - ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
- รวมเป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน  
(.....)

ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
- ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
- ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา  
(.....)

ตำแหน่ง.....

มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ของ  
องค์การบริหารส่วนจังหวัด

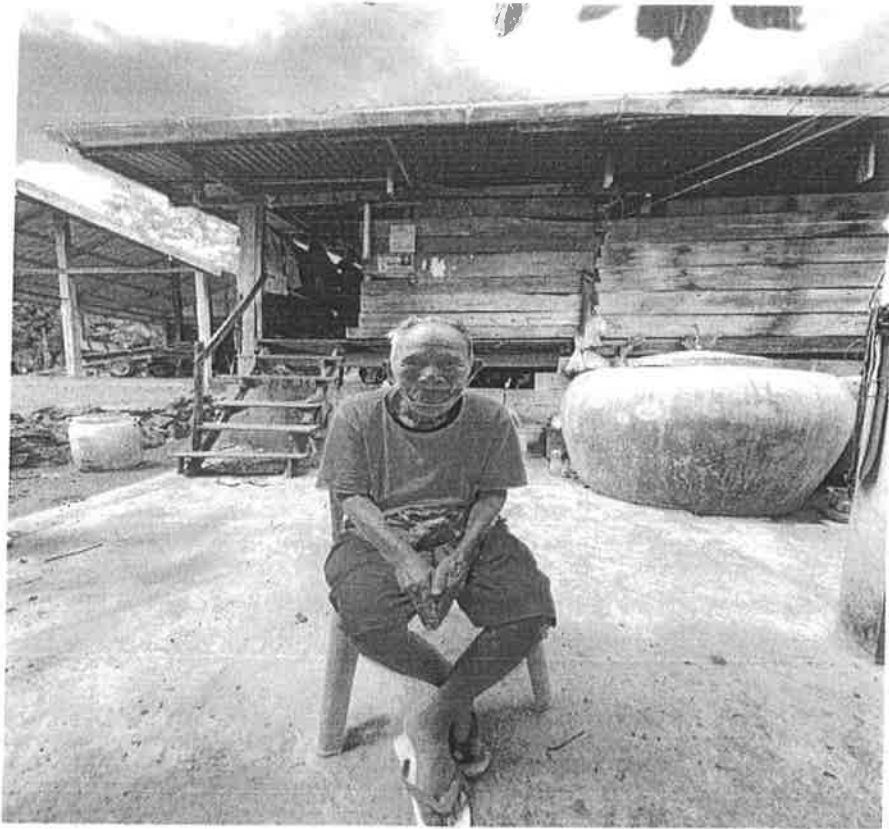
ครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....

- อนุมัติ
  - ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
  - ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท
  - ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาทรวมเป็นเงิน.....บาท
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

## เอกสารตัวอย่าง

ตัวอย่าง



ขอรับรองว่าเป็นรูปถ่ายบ้านพักอาศัย ของ นาย/ นาง / นางสาว.....  
เลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัดชัยภูมิ  
ได้อาศัยอยู่จริง

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำร้อง/ผู้ร้องแทน  
(.....)

(ลงชื่อ)..... กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

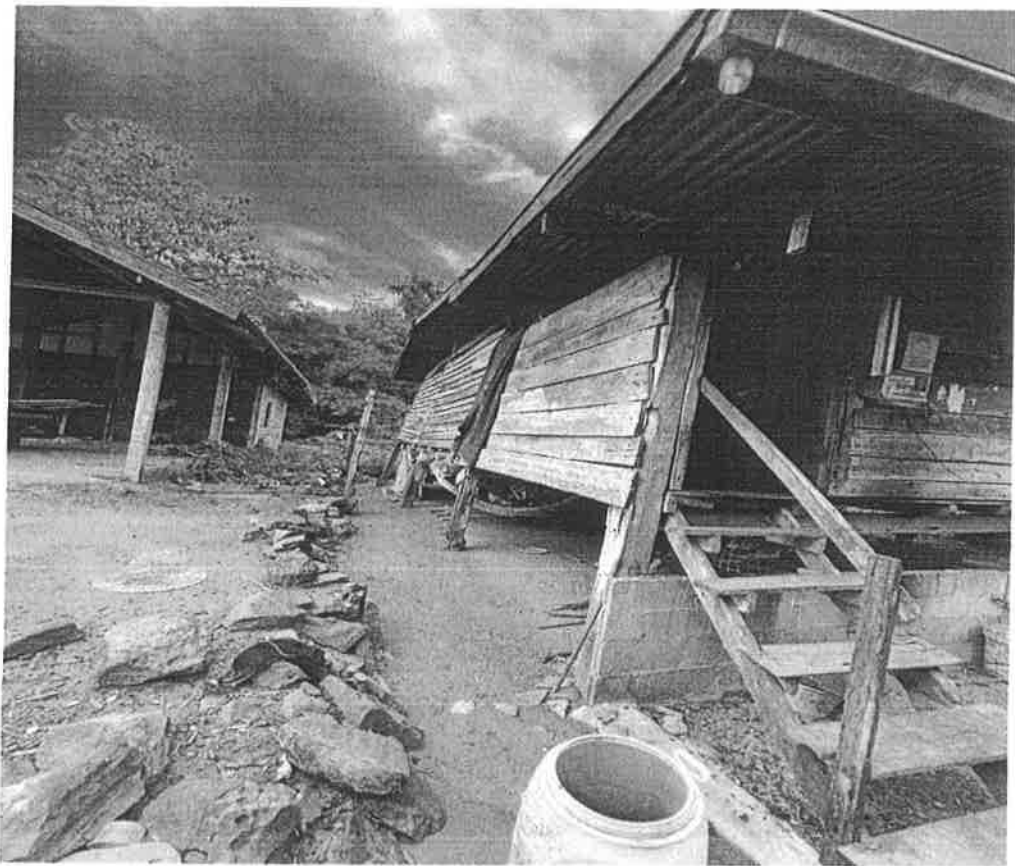
(ลงชื่อ)..... ผู้สอบข้อเท็จจริง  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ผู้สอบข้อเท็จจริง หมายถึง นักพัฒนาชุมชน หรือ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม/  
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข หรือ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล / ปลัดเทศบาลตำบล

ด้านหน้า



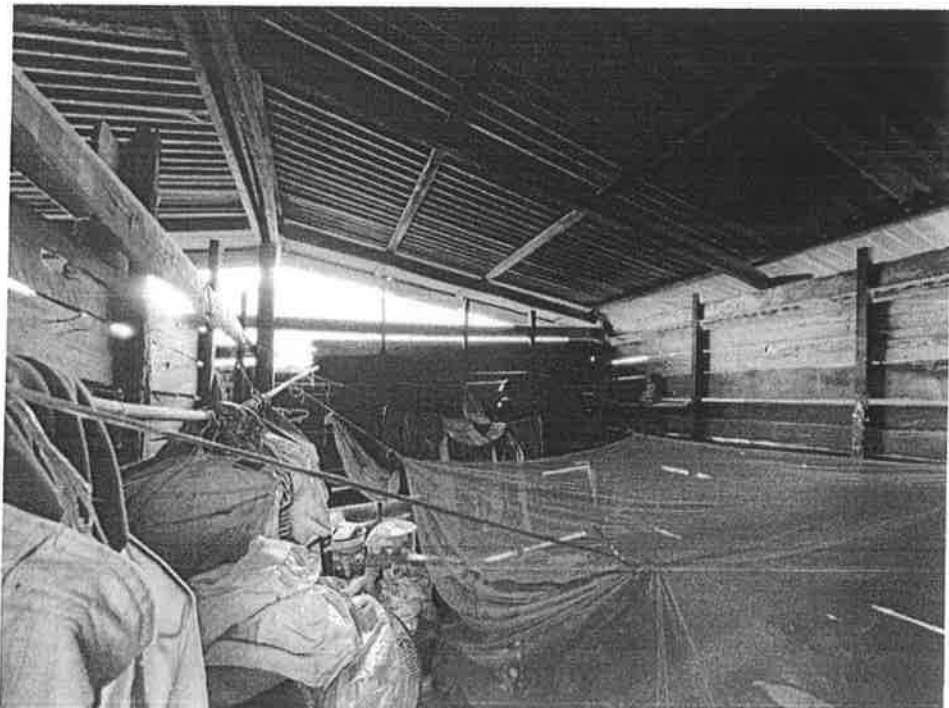
ด้านข้าง



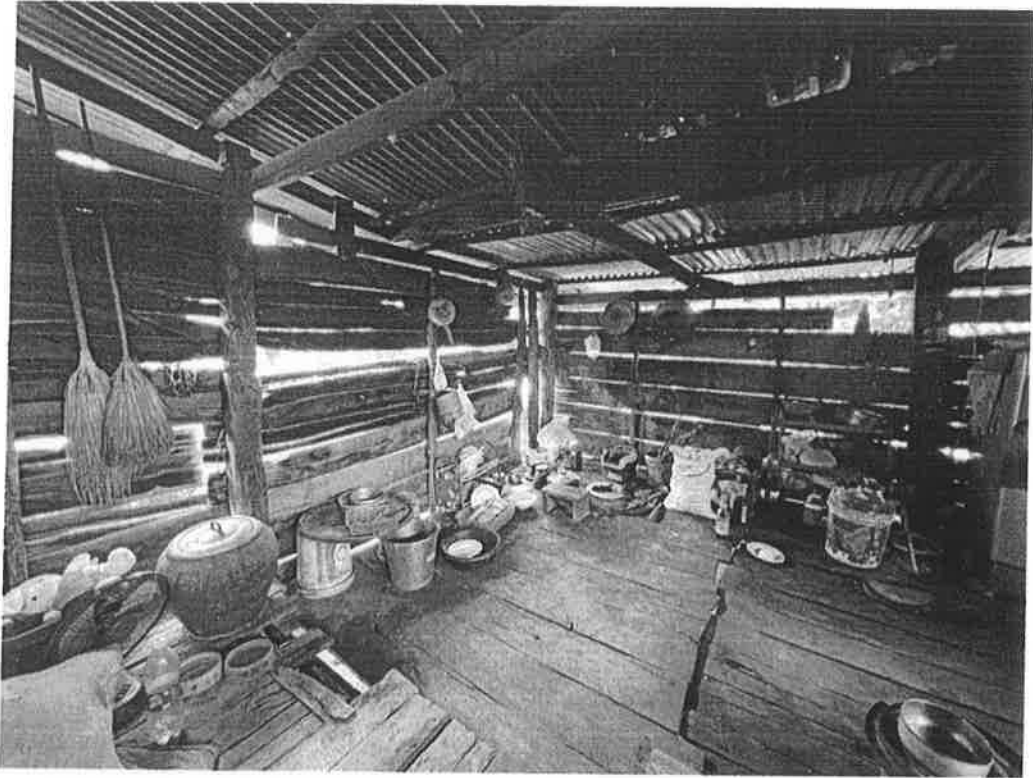
ด้านหลัง



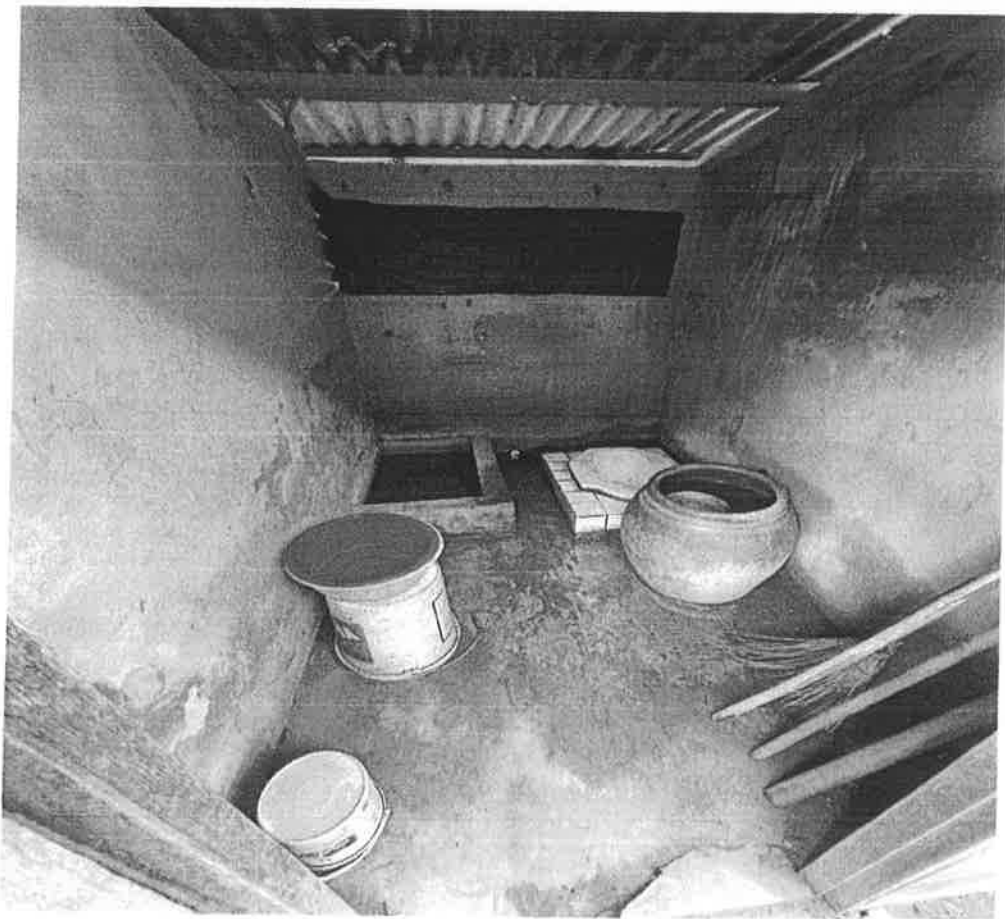
ภายในบ้าน



ภายในบ้าน



ห้องน้ำ





## -ตัวอย่าง-

### แบบบันทึกข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ป่วยที่ยากไร้

๑. ข้อมูลรายได้ในครอบครัว (ให้อธิบายว่า สมาชิกในครอบครัวมีรายได้กี่คน/ที่มาของรายได้/จำนวนเงินรายได้ต่อเดือน)

ในครอบครัวมีสมาชิกทั้งหมด ๔ คน สามารถประกอบอาชีพหรือรับจ้างได้ ๒ คน อีก ๒ คนสุขภาพไม่แข็งแรงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มีที่มาของรายได้ในครอบครัว ดังนี้

- ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เดือนละ ๒๐๐.-บาท ภรรยาเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีรายได้จากเบี้ยยังชีพคนพิการ เดือนละ ๘๐๐.-บาท บุตรชายและบุตรสาวมีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ไม่แน่นอน โดยมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ ๒,๐๐๐.-บาท/คน รวมรายได้/เดือนประมาณ ๕,๔๐๐.-บาท

๒. สภาพปัญหาความเดือดร้อน (อธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องยื่นคำร้องขอค่าพาหนะในการเดินทางไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ)

- ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจรั่ว สุขภาพไม่แข็งแรงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ภรรยาเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวเนื่องจากประสบอุบัติเหตุ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มีบุตรชาย ๒ คน บุตรทั้ง ๒ คนมีอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ไม่แน่นอน ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ในการเดินทางไปหาหมอแต่ละครั้งต้องนั่งรถโดยสารประจำทางหรือจ้างเหมารถ โดยบุตรชายจะผลัดกันพาพ่อไปหาหมอตตามนัด

๓. โรคและอาการเจ็บป่วย (ให้อธิบายรายละเอียดของโรคและอาการเจ็บป่วยโดยละเอียด เช่น ป่วยเป็นโรคอะไร/ระยะของโรคที่ป่วย/เข้ารับการรักษาในขั้นไหน/ได้รับการรักษาอย่างไร/แพทย์นัดครั้งต่อไปเพื่อทำอะไร)

- ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจรั่ว เข้ารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว หมอนัดเพื่อตรวจติดตามอาการและรับยาต่างๆ ๒ เดือน

๔. การเดินทางไปพบแพทย์ (ให้ระบุยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปพบแพทย์ เช่น รถยนต์/รถจักรยานยนต์ส่วนตัว/รถโดยสารประจำทาง/รถรับจ้าง/หรือ อื่นๆ)

- ผู้ป่วยไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ในการเดินทางไปหาหมอแต่ละครั้งต้องจ้างเหมารถยนต์ของเพื่อนบ้าน โดยต้องจ่ายค่าจ้างเหมารถครั้งละ ๑,๕๐๐ บาท

๕. ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้ป่วย/ผู้ร้องแทน

๖. ผู้บันทึกข้อมูล

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ อบต./เทศบาล