



ที่ ศก ๕๑๐๐๑/ว๒๕๙๑

องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
๓๕๐ หมู่ที่ ๓ ตำบลหนองไผ่
อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งประกาศหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองศรีสะเกษ/นายกเทศมนตรีเมืองกันทรลักษณ์/นายกเทศมนตรีตำบลทุกแห่ง/
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ของ
องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ จำนวน ๑ ชุด
 - ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการ
สงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน ๑ ชุด
 - ขั้นตอนการดำเนินการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ จำนวน ๑ ฉบับ
 - เอกสารประกอบในการยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษได้จัดทำประกาศหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการ
สงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ลงวันที่ สิงหาคม ๒๕๖๔
เพื่อประชาสัมพันธ์การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาล
ของรัฐ ภายใต้หลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่
ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ จึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์หลักเกณฑ์และ
วิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบ รายละเอียดปรากฏตาม QR Code ท้ายหนังสือ
ฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิจิต ไตรสรณกุล)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ฝ่ายสวัสดิการสังคม

โทรศัพท์ ๐-๔๕๘๑-๔๖๗๖ ต่อ ๑๐๙

โทรสาร ๐-๔๕๘๑-๔๖๗๗

QR Code สิ่งที่มาด้วย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ของ
องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐



๒. ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการ
สงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ



๓. ขั้นตอนการดำเนินการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้



๔. เอกสารประกอบในการยื่นคำและแบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้



ระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดให้มีระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๕ (๘) และมาตรา ๗๔ (๙) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ ประกอบกับ (๑๓) ของกฎกระทรวง (พ.ศ. ๒๕๔๑) ออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย จึงวางระเบียบไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ บรรดาระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศหรือคำสั่งอื่นใดในส่วนที่ได้กำหนดไว้แล้ว ในระเบียบนี้ หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ ๔ การสงเคราะห์ตามระเบียบนี้เป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามสมควร แก่กรณี การให้หรือไม่ให้การสงเคราะห์ ความช่วยเหลือหรือการดำเนินการอื่นใดตามระเบียบนี้ ไม่เป็นคำสั่งทางปกครอง

ข้อ ๕ ในระเบียบนี้

“การสงเคราะห์” หมายความว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

“ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง” หมายความว่า ค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้ เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการ

“ผู้ป่วยที่ยากไร้” หมายความว่า ผู้ป่วยที่ยากจน ซึ่งมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์ การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ข้อ ๖ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐได้ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑) ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ

(๒) ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้รับการสงเคราะห์ตามข้อ (๑) ไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสามารถให้การสงเคราะห์เพิ่มเติมได้ตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาทต่อคน และไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ

ข้อ ๗ ผู้ป่วยที่ยากไร้ที่จะยื่นคำขอตามข้อ ๖ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ขอรับการสงเคราะห์

(๓) ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ

ข้อ ๘ การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ ให้ยื่นต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือยื่นผ่านเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล แล้วแต่กรณีที่ดินมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีนี้ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลนั้น ส่งคำขอรับการสงเคราะห์ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยเร็ว

ข้อ ๙ การสงเคราะห์ตามข้อ ๖ ให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง ประกอบด้วย ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นประธาน ผู้อำนวยการกองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นกรรมการ ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับการพิจารณาอนุมัติให้การสงเคราะห์ ความช่วยเหลือหรือดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้

กรณีที่มีความจำเป็นต้องสงเคราะห์เกินกว่าสามครั้งตามข้อ ๖ (๒) ให้ขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายการ

ข้อ ๑๐ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตั้งงบประมาณเพื่อการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ไว้ในงบกลาง ประเภท รายจ่ายตามข้อผูกพัน โดยให้เบิกจ่ายได้ตามความจำเป็นและคำนึงถึงฐานะทางการคลังเป็นสำคัญ

ข้อ ๑๑ ให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยรักษาการตามระเบียบนี้และมีอำนาจตีความวินิจฉัยปัญหากำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

พลเอก อนุพงษ์ เผ่าจินดา

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

เพื่อให้การอนุมัติในการสงเคราะห์ความช่วยเหลือหรือดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองต่อความต้องการและให้การสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้บังคับของระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ คุณสมบัติผู้ป่วยที่ยากไร้

ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามประกาศนี้ หมายความว่า ผู้ป่วยที่ยากจนซึ่งมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดศรีสะเกษ
- (๓) ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ

ข้อ ๒ การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้

การสงเคราะห์ตามประกาศนี้ หมายความว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อันหมายถึงค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้ เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ โดยผู้ป่วยที่ยากไร้ได้ดำเนินการขอรับเงินสงเคราะห์จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์แล้ว แต่ได้รับการสงเคราะห์ไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษสามารถให้การสงเคราะห์เพิ่มเติมตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาทต่อคน และไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ กรณีที่มีความจำเป็นต้องสงเคราะห์เกินกว่าสามครั้ง ให้ขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายกรณี

ข้อ ๓ การยื่นคำขอ แบ่งเป็น ๒ กรณี ดังนี้

๓.๑ กรณียื่นคำขอที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษโดยตรง

- (๑) ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้หรือผู้ดูแลยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ตามแบบที่กำหนดต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
- (๒) องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษส่งสำเนาคำขอรับการสงเคราะห์ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อตรวจสอบข้อมูลและพิจารณาให้การสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- (๓) หากไม่สามารถให้การสงเคราะห์ได้หรือให้การสงเคราะห์แล้วแต่ไม่เพียงพอ ให้แจ้งองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษเพื่อพิจารณาให้การสงเคราะห์

(๔) คณะกรรมการพิจารณาการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการพิจารณาให้การสงเคราะห์แก่ผู้ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ หากพิจารณาอนุมัติ องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษจะดำเนินการการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ต่อไป

๓.๒ กรณียื่นคำขอที่เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ผู้ยื่นคำขอมิมีภูมิลำเนา

(๑) ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้หรือผู้ดูแลยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ตามแบบที่กำหนดต่อเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ผู้ยื่นคำขอมิมีภูมิลำเนา

(๒) เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลส่งคำร้องให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

(๓) องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษส่งสำเนาคำขอรับการสงเคราะห์ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อตรวจสอบข้อมูลและพิจารณาให้การสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

(๔) หากไม่สามารถให้การสงเคราะห์ได้หรือให้การสงเคราะห์แล้วแต่ไม่เพียงพอ ให้แจ้งองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษเพื่อพิจารณาให้การสงเคราะห์

(๕) คณะกรรมการพิจารณาการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการพิจารณาให้การสงเคราะห์แก่ผู้ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ หากพิจารณาอนุมัติ องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษจะดำเนินการการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ต่อไป

ข้อ ๔ เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับการสงเคราะห์

(๑) แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย

(๓) กรณีมีผู้ยื่นคำขอยื่นแทนผู้ป่วย ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอแทนด้วย

(๔) สำเนาใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น (อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี)

(๕) ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

(๖) สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร

(๗) ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ (ถ้ามี)

(๘) ใบเสร็จรับเงินหรือบิลเงินสด และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของรถ

(กรณีจ้างเหมารถ)

(๙) หนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ)

(๑๐) สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

/ข้อ ๕ อัตราค่าใช้จ่าย...

ข้อ ๕ อัตราค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์

การช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท และไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ โดยกำหนดค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์เป็นค่าเดินทางไปยังสถานพยาบาลของรัฐ (ไป-กลับ) ดังนี้

๕.๑ การกำหนดอัตราค่าเดินทาง ตามอัตราค่าพาหนะประจำทาง แต่ไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

๕.๒ การกำหนดอัตราค่าเดินทาง โดยกำหนดเป็นค่าชดเชยค่าพาหนะเหมาจ่ายตามระยะทางจากสถานที่พัก (ตามภูมิลำเนา) ไปยังสถานพยาบาลของรัฐ (ไป-กลับ) ในอัตรา ดังนี้

(๑) ประเภทรถจักรยานยนต์ คิดค่าเดินทางกิโลเมตรละ ๒ บาท แต่เมื่อรวมระยะทางแล้วต้องไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

(๒) ประเภทรถยนต์ คิดค่าเดินทางกิโลเมตรละ ๔ บาท แต่เมื่อรวมระยะทางแล้วต้องไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

๕.๓ กรณีที่จะต้องเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาลของรัฐทันทีทันใด หรือมีเหตุจำเป็นต้องจ้างเหมารถหรือใช้บริการจ้างเหมาให้เบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) ทั้งนี้ ต้องมีใบเสร็จรับเงินหรือบิลเงินสดการจ้างเหมารถบริการประกอบการพิจารณาด้วย

๕.๔ กรณีที่ผู้ป่วยขอรับการสงเคราะห์ค่าเดินทางเกิน ๓ ครั้งต่อปีงบประมาณ ให้คณะกรรมการฯ ขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายกรณี

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

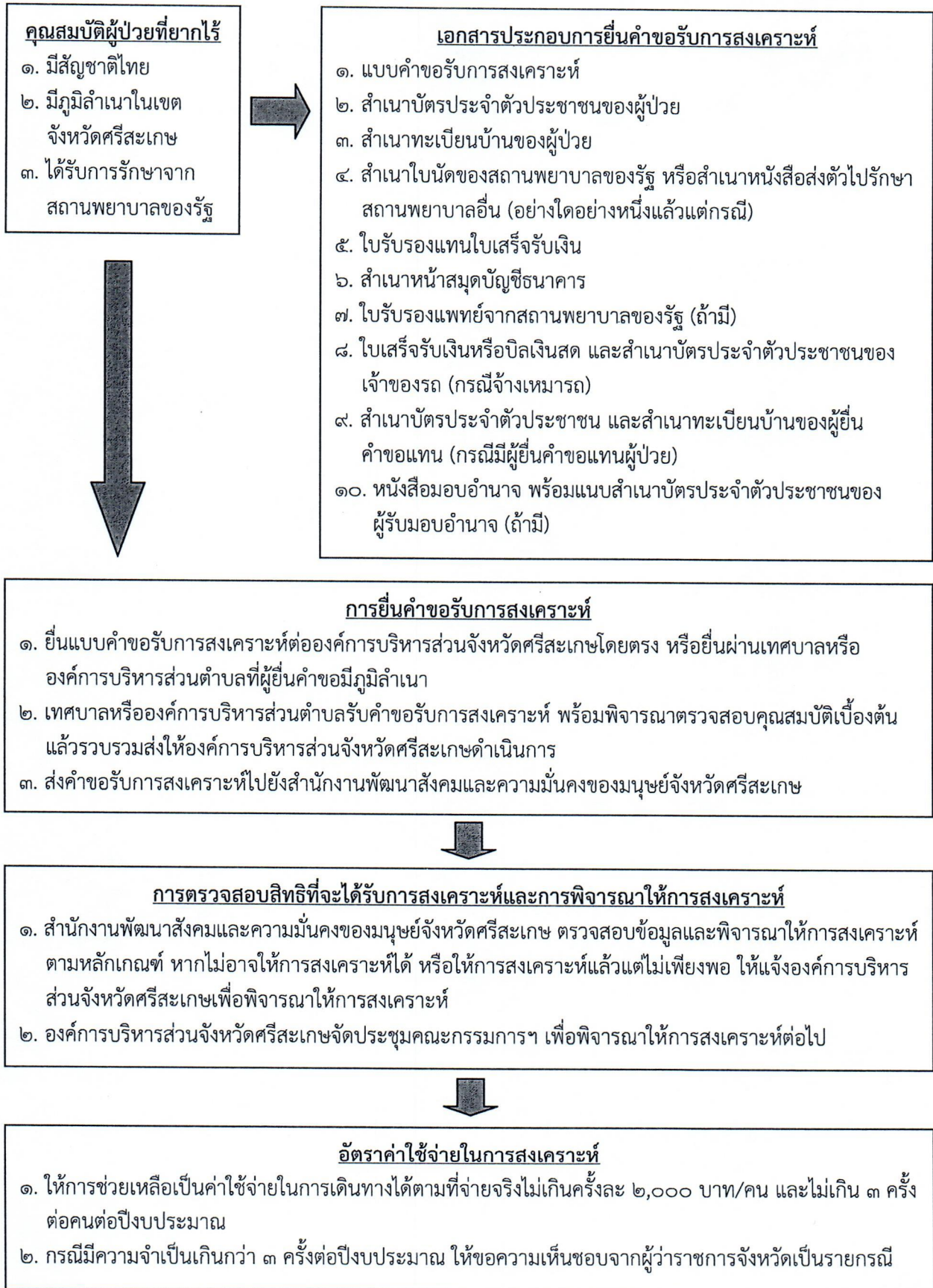
ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายวิจิต ไตรสรณกุล)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

ขั้นตอนการดำเนินการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐



เอกสารประกอบในการยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

๑. แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน ๑ ชุด
 ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
(รับรองสำเนาถูกต้อง) อย่างละ ๑ ฉบับ
 - กรณีมีผู้ยื่นคำขอยื่นแทนผู้ป่วย ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและ
สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอแทนด้วย (รับรองสำเนาถูกต้อง) อย่างละ ๑ ฉบับ
 ๓. สำเนาใบนัดของสถานพยาบาล ของรัฐ หรือสำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น
(อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๔. ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน จำนวน ๑ ฉบับ
 ๕. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
 ๖. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๗. ใบเสร็จรับเงินหรือบิลเงินสด และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของรถ (กรณีจ้างเหมารถ)
อย่างละ ๑ ฉบับ
 ๘. หนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ)
อย่างละ ๑ ฉบับ
 ๙. สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
-

ผู้ป่วยยากไร้ อบจ.ศก.เลขที่...../๒๕..... วันที่รับคำขอ..... โดยตรง ผ่าน อปท.

แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน ---- อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ยื่นคำร้องขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ของ
 ตนเอง
 นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.อายุ.....ปี
เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ยื่นคำร้อง

ข้อมูลของผู้ป่วย

นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน ---- อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรศัพท์.....
ป่วยด้วยโรค..... สถานพยาบาลที่รักษา.....
อำเภอ.....จังหวัด..... ความถี่ในการไปรักษา.....ครั้ง/เดือน
 รักษาครั้งแรก รักษาต่อเนื่อง อื่นๆ.....
 เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ เป็นคนไข้ทั่วไป

ข้าพเจ้าเคยได้รับเงินสงเคราะห์จากสำนักงานกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ.....จำนวน.....ครั้ง/ปี เป็นเงิน.....บาท (.....)
ข้าพเจ้ามีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาลไม่เพียงพอ จึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป
รักษาพยาบาลเป็นค่าพาหนะเดินทาง ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ดังนี้

๑. ค่ารถโดยสารประจำทาง

- ค่าพาหนะ (ค่ารถโดยสารประจำทาง/ค่ารถรับจ้าง) จากบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ ถึงสถานพยาบาล.....
อำเภอ.....จังหวัด..... รวมระยะทาง (ไป-กลับ).....กิโลเมตร
เป็นเงิน.....บาท (.....)

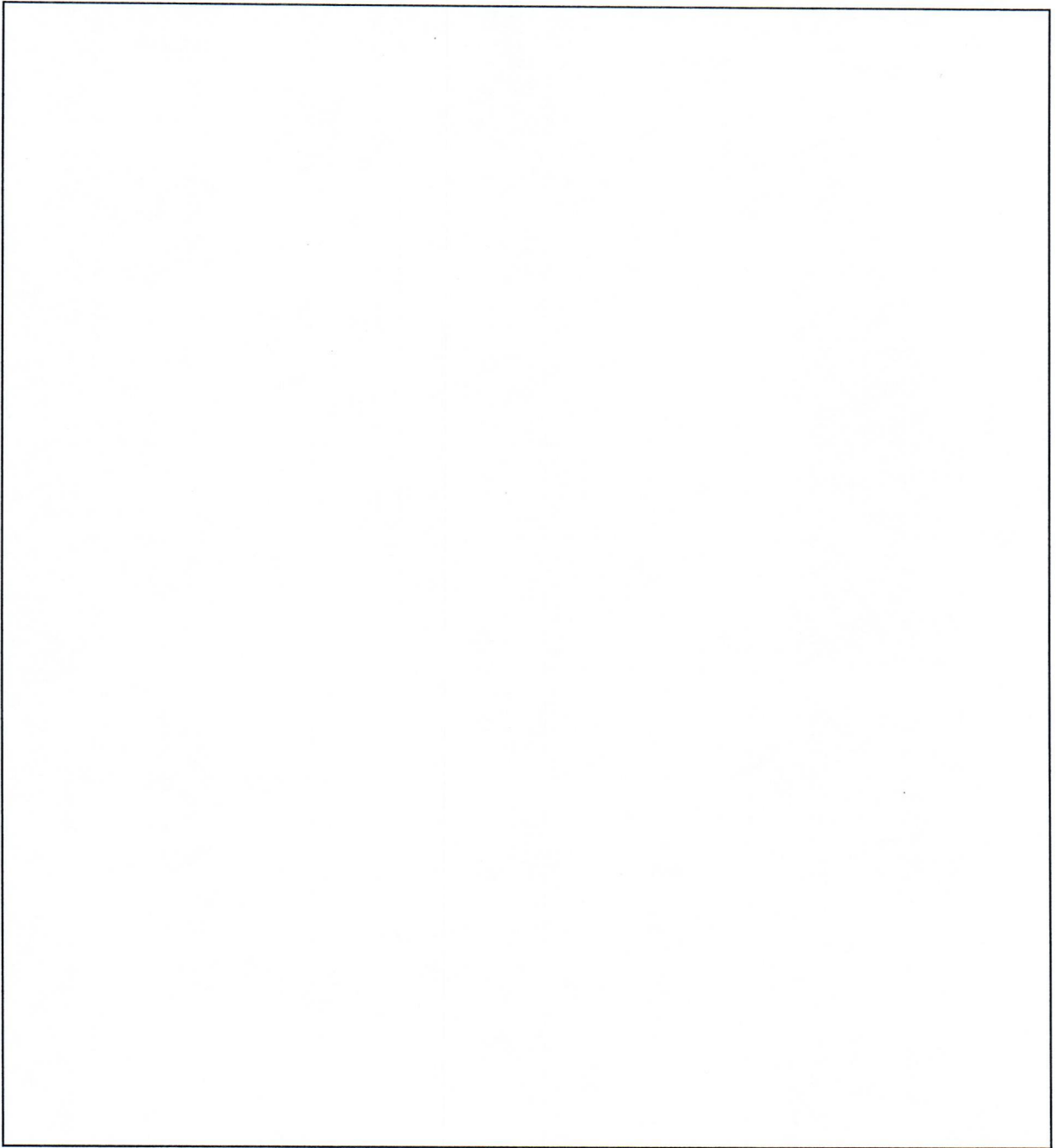
กรณีที่ไม่สามารถนั่งรถโดยสารประจำทางได้ เนื่องจาก.....
.....จึงจำเป็นต้องเดินทางโดยพาหนะอื่นๆ ดังนี้

๒. ค่าเช่ารถโดยสารประจำทาง (รถยนต์/รถจักรยานยนต์) ระบุ.....
- ระยะทางจากบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดศรีสะเกษ ถึงสถานพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รวมระยะทาง (ไป-กลับ).....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท (.....)

๓. ค่าจ้างเหมารถบริการ (กรณีจ้างเหมารถ)

- ระยะทางจากบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดศรีสะเกษ ถึงสถานพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รวมระยะทาง (ไป-กลับ).....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท (.....)

แผนที่ตั้งบ้านของข้าพเจ้า พอสั่งเขป



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูล
ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตาม
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยฯ ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการ
เบิกจ่ายเงินค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสำเนาหนังสือส่งตัวไปรักษาสถานพยาบาลอื่น
(อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี) จำนวน ๑ ฉบับ
- ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร..... จำนวน ๑ ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
- ใบเสร็จรับเงินหรือบิลเงินสด และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของรถ
(กรณีจ้างเหมารถ) อย่างละ ๑ ฉบับ
- สำเนาเอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)
- กรณีมีผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วยและมีการมอบอำนาจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอแทน อย่างละ ๑ ฉบับ
(กรณีมีผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย)
- หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ฉบับ
(กรณีมอบอำนาจ)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่น
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง.....(จนท.อปท.)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ

๑. การขอรับการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยที่ยากไร้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากกระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน
๒. หากผู้ป่วยยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้
๓. ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล จัดทำหนังสือส่งเอกสารข้างต้น ไปยังองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
๔. สามารถ Download แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ ได้ที่ Website อบจ.ศรีสะเกษ
www.pao-sisaket.go.th
๕. สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด
โทร. ๐-๔๕๘๑-๔๖๗๖ ต่อ ๑๐๙

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน

เป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือ
เป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาล ของรัฐ เป็นครั้งที่ ครั้งที่ ๑ ครั้งที่ ๒ ครั้งที่ ๓
และได้รับการอนุมัติให้ความช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลฯ เบิกจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....
ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบจ.ศก.
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

เขียนที่.....

วันที่.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
.....	<p>- ค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ของผู้ป่วยยากไร้ ราย.....</p> <p>เดินทางโดย.....</p> <p>จากบ้านพักเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....</p> <p>อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ</p> <p>ถึงโรงพยาบาล.....</p> <p>อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ</p> <p>รวมระยะทาง (ไป-กลับ).....กิโลเมตร</p>	
(ตัวอักษร) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (.....)		

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้น
 ไม่อาจเรียกเก็บใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้ตรงจ่ายเงินไปในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษา
 พยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบสำคัญรับเงิน

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับเงินจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
ตามรายการดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	
- ค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ของ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ของผู้ป่วยยากไร้ ราย..... เดินทางโดย..... จากบ้านพักเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัดศรีสะเกษ ถึงโรงพยาบาล..... อำเภอ.....จังหวัด..... รวมระยะทาง (ไป-กลับ).....กิโลเมตร	-
(ตัวอักษร) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (.....)	-

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....
อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....
สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป
รักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน.....บาท
(.....) ทั้งนี้เนื่องจากไม่สามารถมารับด้วยตนเองได้

ในการจ่ายเงินตามหนังสือมอบอำนาจโปรดจ่ายเช็คในนาม.....
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

- ชื่อ-สกุล..... บัตรผู้มอบอำนาจ.....
วันออกบัตร..... วันบัตรหมดอายุ.....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)