หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
สำหรับผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(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** ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐.
เป็นผู้ได้รับสิทธิ์ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (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 เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ.. ผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ
(..) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.. ผู้ถือบัญชีร่วม
(..) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.. พยาน
(..) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.. พยาน
(..) ตัวบรรจง

หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)