

**หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น**  
**สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ**  
**(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป**  
**ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้)**

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 ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี --  
 เป็นผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ  ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง  
 ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่าน  
 บัญชีธนาคาร ..... เลขที่บัญชี ---  
 ซึ่งเป็นบัญชีของ (นาย/นาง/นางสาว) .....

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี  
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่.....  
 แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์ ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี --  
 ในฐานะ  บิดา  มารดา  บุตร  อื่น ๆ โปรดระบุ ..... ของข้าพเจ้า  
 ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า  
 เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในกรณีนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ  
 ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ  
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน  
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน  
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน  
 (.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
  2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทนเช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)