

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 5

ข้าพเจ้า ..... เลขประจำตัวประชาชน

ตำแหน่ง ..... โรงเรียน ..... สังกัด...สพป.ขอนแก่น เขต 5...

มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ .....
- บิดา ชื่อ .....
- มารดา ชื่อ .....
- บุตร ชื่อ .....

เกิดเมื่อ ..... เป็นบุตรลำดับที่ .....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ซึ่งมีเลขประจำตัวประชาชน  หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/

เลขที่หนังสือเดินทาง ..... และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว

ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ

เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ

