

แบบแสดงตนเพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓  
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าฬ่อ อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าฬ่อ

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบลท่าฬ่อ อำเภอเมืองพิจิตร  
จังหวัดพิจิตร รหัสไปรษณีย์ ๖๖๐๐๐ โทรศัพท์.....

มาแสดงตนด้วยตนเอง

มาแสดงตนแทน.....เลขประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ป่วยเอดส์  
จากองค์การบริหารส่วนตำบลท่าฬ่อ อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

โดยขอรับเบี้ยยังชีพเป็น  เงินสด

โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

ขอแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าฬ่อ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ ข้อ ๑๐ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ ข้อ ๑๐ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ และข้าพเจ้า

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ต่อไป

( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ป่วยเอดส์

ไม่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพทุกประเภท (สละสิทธิ์)

( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ป่วยเอดส์

ลงชื่อ.....ผู้มาแสดงตน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง สมาชิก อบต.ท่าฬ่อ หมู่ที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง สมาชิก อบต.ท่าฬ่อ หมู่ที่.....

**หมายเหตุเอกสารประกอบ**

๑. สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรคนพิการ (กรณีรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ)
๒. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีรับเงินแบบโอนเข้าบัญชีธนาคาร)

