



องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่  
เลขที่..... ๒๒๕/๒๕  
วันที่ ๒๖ ๘ ๒๕๖๕  
เวลา.....

ที่ ขย ๕๑๐๑๑.๑/ว ๒๖๕

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ  
ถนนองค์การฯ สาย ๑ ขย ๓๖๐๐๐

พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองชัยภูมิ / นายกเทศมนตรีตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบล  
อ้างถึง หนังสือองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ที่ ขย ๕๑๐๐๙.๓/ว ๕๒๗ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ จำนวน ๑ ฉบับ
  ๒. แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคมเพื่อขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ จำนวน ๑ ชุด
  ๓. แบบรายงานติดตามการให้ความช่วยเหลือ จำนวน ๑ ชุด
  ๔. ตัวอย่างการรับรองรูปถ่ายบ้านพักอาศัยของผู้ป่วย จำนวน ๑ ฉบับ
  ๕. หลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ได้ชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่จังหวัดชัยภูมิทราบและถือปฏิบัติ รายละเอียดปรากฏตามหนังสือที่อ้างถึง นั้น

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ขอเรียนว่าจากการดำเนินงานตามโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ที่ผ่านมาได้รับการตอบรับจากเทศบาลตำบล / องค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างดี และเพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าว เป็นไปด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องตามระเบียบของทางราชการ ทำให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตลอดจนลดปัญหาและข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น จึงขอชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ (เพิ่มเติม) มาเพื่อทราบและเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อไป

เรียน นายค อดต.บ้านไร่ จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดทราบ  
แจ้ง.....

ขอแสดงความนับถือ

เห็นควรพิจารณาดำเนินการต่อไป



(นางสาววสันดา จังโกฏี)  
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

(นายสมชาย จิรยานันท์กุล)

รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ รักษาราชการแทน

กองสวัสดิการสังคม

ฝ่ายสังคมสงเคราะห์

โทรศัพท์ ๐-๘๓-๖๘๔-๕๓๖๑

โปรดส่งมา: 

จ.อ.   
(ธนวุฒิ พึ่งกุล)  
หัวหน้าสำนักปลัด  
(นายศุภกฤษ สุวานเจริญ)  
รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

  
นายกเทศมนตรี เมืองชัยภูมิ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2560

**ผู้ป่วยที่ยากไร้**

คุณสมบัติ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาในเขต อบจ.ที่ขอรับการสงเคราะห์
3. ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ.

**การขอรับการช่วยเหลือ**

ขอรับการช่วยเหลือจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
เป็นลำดับแรก แต่ได้รับไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการช่วยเหลือ

ยื่นคำร้องที่ อบจ. ไม่เกินทุกวันที่ 10 ของเดือน

**การยื่นคำขอ**

ให้ยื่นต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยตรง  
หรือยื่นผ่านเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ผู้ยื่นคำขอมีภูมิลำเนา

คณะกรรมการประชุมพิจารณาคำร้องเดือนละ 1 ครั้ง

**การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ**

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการ ประกอบด้วย

- |  |                     |
|--|---------------------|
| - ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด                               | เป็นประธาน          |
| - ผู้อำนวยการกองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด                | กรรมการ             |
| - ผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด      | กรรมการ             |
| - ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด                             | กรรมการ             |
| - ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต องค์การบริหารส่วนจังหวัด | กรรมการและเลขานุการ |

ดำเนินการเบิกจ่ายไม่เกิน 7 วันทำการ

หลังจากคณะกรรมการประชุมพิจารณาอนุมัติ

**อัตราค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์**

ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ  
2,000.-บาท/คน และไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ (กรณีมีความจำเป็นเกินกว่า 3 ครั้ง  
ให้ขอความเห็นชอบจาก ผวจ.เป็นรายกรณี)

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง...../...../.....

๑. ประเภทผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน (เลือกเพียง ๑ รายการเท่านั้น)

- เด็ก       คนพิการ       ผู้สูงอายุ       ผู้มีรายได้น้อย       สตรี       ผู้ป่วยเอดส์
- ผู้มีรายได้น้อย       อื่น ๆ ระบุ.....

๒. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน

คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ - สกุล.....เพศ.....

วันเดือนปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน ..... กรณีไม่มี เนื่องจาก.....

รหัสประจำบ้าน .....

- สถานภาพสมรส  โสด       สมรสอยู่ด้วยกัน       สมรสแยกกันอยู่       หย่าร้าง
- อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส       หม้าย คู่สมรสเสียชีวิต       อื่น ๆ ระบุ.....

- ระดับการศึกษา  ไม่ได้รับการศึกษา       ประถมศึกษาตอนต้น       ประถมศึกษาตอนปลาย
- มัธยมศึกษาตอนต้น       มัธยมศึกษาตอนปลาย       กำลังศึกษาอยู่       อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ.....รายได้.....บาทต่อปี/เดือน/วัน

- ที่อยู่ปัจจุบัน  บ้านตนเอง       บ้านเช่า       บ้านญาติ       บ้านพักของผู้จ้าง       อื่น ๆ ระบุ.....

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๓. ผู้ร้องขอแทนผู้ขอรับบริการ  เป็นบุคคลคนเดียวกัน ข้อ ๒

คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการในข้อ ๒ เกี่ยวข้องเป็น.....

๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

| ที่ | ชื่อ - สกุล        |  | เพศ | ว/ด/ป.เกิด | เกี่ยวข้องเป็น | การศึกษา | อาชีพ | รายได้ (บาท) | สุขภาพ |
|-----|--------------------|--|-----|------------|----------------|----------|-------|--------------|--------|
|     | เลขประจำตัวประชาชน |  |     |            |                |          |       |              |        |
|     | ชื่อ               |  |     |            |                |          |       |              |        |
|     | .....              |  |     |            |                |          |       |              |        |
|     | ชื่อ               |  |     |            |                |          |       |              |        |
|     | .....              |  |     |            |                |          |       |              |        |
|     | ชื่อ               |  |     |            |                |          |       |              |        |
|     | .....              |  |     |            |                |          |       |              |        |
|     | ชื่อ               |  |     |            |                |          |       |              |        |
|     | .....              |  |     |            |                |          |       |              |        |

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว.....บาท/ปี รายจ่ายเฉลี่ยสมาชิกในครอบครัว.....บาท/ปี

ภาระหนี้สิน  ไม่มี       มี ในระบบ จำนวน.....บาท นอกในระบบ จำนวน.....บาท

๕. สภาพความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- เป็นโรคอันตรายร้ายแรง       เจ็บป่วยเรื้อรัง       ครอบครัวแตกแยก       มีภรรยาทุพพลภาพ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง
- ถูกทอดทิ้ง       ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู       ค่ารักษาพยาบาล       ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล.....
- เด็กกำพร้า/ถูกทอดทิ้ง       บุคคลพิการ       ไม่มีที่อยู่อาศัย       ไม่มีทุนประกอบอาชีพ       ไม่มีงานทำ/ว่างงาน
- มีหนี้สิน       อื่น ๆ ระบุ.....

เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น  ไม่เคย  เคย จากหน่วยงาน.....

เรื่อง.....

๖. ความต้องการให้ช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- เงินสงเคราะห์ครอบครัว
- เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
- ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด
- เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา
- เงินทุนประกอบอาชีพ
- ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ค่าปรึกษา/แนะนำ
- ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล
- อื่น ๆ ระบุ.....

๗. ความช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล

- เงินสงเคราะห์ครอบครัว
- เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
- ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด
- เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา
- เงินทุนประกอบอาชีพ
- ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ค่าปรึกษา/แนะนำ
- ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล
- อื่น ๆ ระบุ.....

๘. กรณีขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล.....

- เพื่อรับการรักษาโรค
- ฟอกไต/ฟอกเลือด
- มะเร็ง.....
- เบาหวาน
- โรคผิวหนัง
- อื่น ๆ ระบุ.....

ความถี่ในการไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด  สัปดาห์ละ.....ครั้ง  เดือนละ.....ครั้ง  ทุก ๆ .....เดือน

อื่น ๆ ระบุ.....

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

- ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
- ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท
- ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล จำนวนเงิน.....บาท
- อื่น ๆ ระบุ.....จำนวนเงิน.....บาท

รวมเป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน  
(.....)

๙. ความเห็นของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

- เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
- อื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

๑๐. ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
- อื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

๑๑. ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
- ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....

๑๒. มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ครั้งที่...../.....  
 เมื่อวันที่.....

- อนุมัติ
  - ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
  - ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท
  - ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
  - ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล จำนวนเงิน.....บาท
  - อื่น ๆ ระบุ..... จำนวนเงิน.....บาท
 รวมเป็นเงิน.....บาท
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ให้แนบหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ดังนี้

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. ใบรับรองแพทย์ หรือ ใบนัดของแพทย์ (กรณีแพทย์นัด)
๔. ภาพถ่าย (แนบภาพถ่ายความเป็นอยู่ และที่อยู่อาศัยของผู้ยื่นคำขอเพื่อประกอบการพิจารณา)

แบบรายงานติดตามการให้ความช่วยเหลือ

โครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

ครอบครัวของ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดชัยภูมิ

ผลการช่วยเหลือครั้งที่.....ได้รับเงินเมื่อวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

ได้ใช้จ่ายเป็นค่าเดินทางไปโรงพยาบาล.....เพื่อรับการตรวจ/รักษา/บำบัดโรค.....

ผลการวินิจฉัยของแพทย์  สิ้นสุดการนัดตรวจอาการ  นัดตรวจครั้งต่อไปวันที่.....

ข้อเท็จจริงการติดตามเยี่ยมบ้านหลังการช่วยเหลือครั้งที่.....

สภาพปัญหาความเดือดร้อนปัจจุบัน.....

ความต้องการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล  ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท

ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท

ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท

รวมเป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน

(.....)

ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น

ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น

ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา

(.....)

ตำแหน่ง.....

มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด  
ครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....

อนุมัติ

ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท

ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท

ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท

รวมเป็นเงิน.....บาท

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

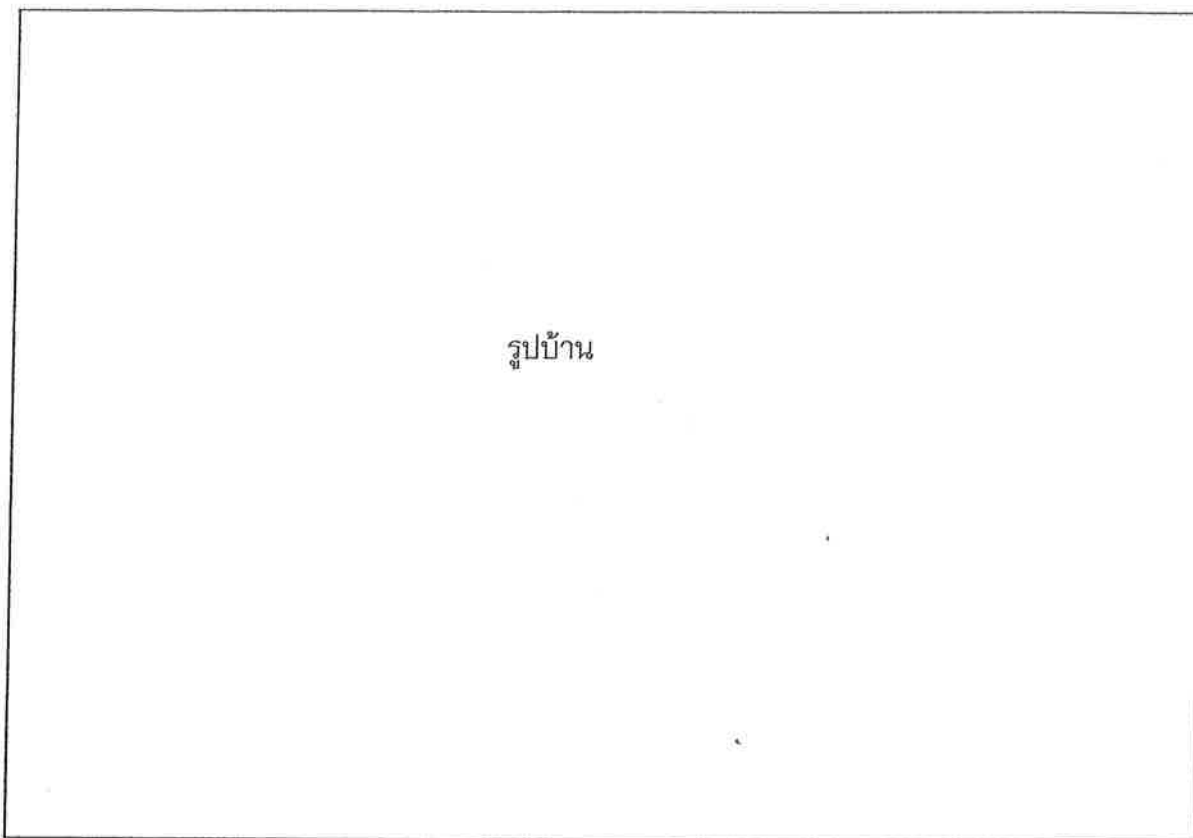
อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

(.....)

ตำแหน่ง.....

## ตัวอย่าง



ขอรับรองว่าเป็นรูปถ่ายบ้านพักอาศัย ของ นาย/ นาง / นางสาว.....  
เลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัดชัยภูมิ  
ได้อาศัยอยู่จริง

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำร้อง/ผู้ร้องแทน  
(.....)

(ลงชื่อ)..... กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ)..... ผู้สอบข้อเท็จจริง  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ผู้สอบข้อเท็จจริง หมายถึง นักพัฒนาชุมชน หรือ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม/  
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข หรือ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล / ปลัดเทศบาลตำบล

## หลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง

### เพื่อขอรับเงินค่าพาหนะในการเดินทางไปโรงพยาบาล

กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่ยื่นคำร้องขอรับเงินค่าพาหนะในการไปโรงพยาบาล ครั้งแรก / ปีงบประมาณ

๑. ให้ใช้แบบฟอร์ม “แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคมเพื่อขอรับบริการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ” (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. ใบรับรองแพทย์ หรือ ใบนัดแพทย์ (กรณีแพทย์นัด)
๕. รูปถ่าย (แนบริปูถ่ายสภาพความเป็นอยู่ และที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย) (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔)
  - ๕.๑ รูปถ่ายบ้านพักอาศัยของผู้ป่วย : ควรถ่ายรูปให้เห็นบ้านเต็มหลัง เพื่อให้แสดงถึงสภาพความเป็นอยู่ ไม่ควรถ่ายเฉพาะจุดที่ชำรุดบกพร่องของบ้าน และต้องเป็นบ้านที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่จริง
  - ๕.๒ รูปถ่ายของผู้ป่วย : ควรถ่ายภาพปัจจุบัน ทั้งแบบเต็มตัว และครึ่งตัว ให้ชัดเจน

กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่ยื่นคำร้องขอรับเงินค่าพาหนะในการไปโรงพยาบาล ครั้งที่ ๒ และ ๓ / ปีงบประมาณ

๑. ให้ใช้แบบฟอร์ม “แบบรายงานติดตามการให้ความช่วยเหลือ” (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. ใบรับรองแพทย์ หรือใบนัดแพทย์ (กรณีแพทย์นัด)

### ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง

\*\*เทศบาล / องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถนำส่งคำร้องเพื่อขอรับค่าพาหนะในการเดินทางไปโรงพยาบาล ตามโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ในปีงบประมาณ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงวันที่ ๑๕ สิงหาคมของทุกปี\*\*

### ช่องทางการติดต่อสื่อสาร

๑. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓-๖๘๔-๕๓๖๑
๒. ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ Face book : กองสวัสดิการสังคม อบจ.ชัยภูมิ

\*\*\*\*\*