

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องว่าง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความ

1. เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียนโสตศึกษาเทพรัตน์

ข้าพเจ้า.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สังกัด.....กระทรวง/จังหวัด.....

มีความประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลของ

☐ ข้าพเจ้า☐ คู่สมรส ชื่อ.....เลขที่ประชาชน.....อายุ.....ปี☐ บิดา ชื่อ.....เลขที่ประชาชน.....อายุ.....ปี☐ มารดา ชื่อ.....เลขที่ประชาชน.....อายุ.....ปี☐ บุตร ชื่อ.....เลขที่ประชาชน.....อายุ.....ปี

เกิดเมื่อ.....

เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ป่วยเป็นโรค.....

ซึ่งได้เข้ารับการรักษายาบาลสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษายาบาลดังกล่าวตามสิทธิ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. เสนอ ผู้อำนวยการโรงเรียนโสตศึกษาเทพรัตน์

ขอรับรองว่า ข้าราชการผู้นี้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามสิทธิ สมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....