

คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความ

1. เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาหนองคาย เขต 3

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัดโรงเรียน.....สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาหนองคาย เขต 3 สำนักงาน

คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ เลขประจำตัวประชาชน.....

อายุ..... ปี ประสงค์จะขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับการรักษาพยาบาลของ

เลขประจำตัวประชาชน

☐ ข้าพ

☐ คู่สมรส ชื่อ..... อายุ.....ปี

☐ บิดา ชื่อ..... อายุ.....ปี

☐ มารดา ชื่อ..... อายุ.....ปี

☐ บุตร ชื่อ..... อายุ.....ปี

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ซึ่งได้เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาล.....

ตั้งอยู่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล สำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษายาบาลดังกล่าวเต็มจำนวน

ลงชื่อ.....ผู้ขอ

(.....)

วันที่.....

2. เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาหนองคาย เขต 3

ขอรับรองว่าข้าราชการผู้นี้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลเต็มจำนวน สมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....