

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.....

มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ของ
องค์การบริหารส่วนจังหวัด

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.....