

แบบแสดงตนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
เทศบาลตำบลกระปี่น้อย อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....

ตำบลกระปี่น้อย อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ หมายเลขโทรศัพท์.....

มาแสดงตนด้วยตนเอง

มาแสดงตนแทน นาย/นาง/นางสาว.....

อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....

ตำบลกระปี่น้อย อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ หมายเลขโทรศัพท์.....

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากเทศบาลตำบลกระปี่น้อย อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

ขอแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ของเทศบาลตำบลกระปี่น้อย ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ ข้อ ๑๐ และ
ข้าพเจ้า (ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)

ไม่ประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔

มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔

โดย โอนผ่านบัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

โอนผ่านบัญชีธนาคาร

โดยมอบอำนาจให้.....ซึ่งรับแทนข้าพเจ้า

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

รับเป็นเงินสดด้วยตนเอง

รับเป็นเงินสด โดยมอบอำนาจให้.....

มีความสัมพันธ์เป็น.....ซึ่งรับแทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้มาแสดงตน

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับแสดงตน

(.....)