

แบบแสดงตนเพื่อรับเบี้ยความพิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
เทศบาลตำบลกระปี่น้อย อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

เขียนที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....
อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน.....
ตำบลกระปี่น้อย อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ หมายเลขโทรศัพท์.....

มาแสดงตนด้วยตนเอง

มาแสดงตนแทน นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน.....
ตำบลกระปี่น้อย อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ หมายเลขโทรศัพท์.....
ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเบี้ยความพิการ จากเทศบาลตำบลกระปี่น้อย อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

ขอแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ของเทศบาลตำบลกระปี่น้อย ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และแก้ไข
เพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ ข้อ ๑๐ และข้าพเจ้า (ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ)

ไม่ประสงค์ขอรับเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔

มีความประสงค์ขอรับเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔

โดย โอนผ่านบัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

โอนผ่านบัญชีธนาคาร

โดยมอบอำนาจให้.....ซึ่งรับแทนข้าพเจ้า

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

รับเป็นเงินสดด้วยตนเอง

รับเป็นเงินสด โดยมอบอำนาจให้.....

มีความสัมพันธ์เป็น.....ซึ่งรับแทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้มาแสดงตน

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับแสดงตน

(.....)