ใบสำคัญรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยวัณโรค

หน่วยงาน .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า .....เป็นผู้ป่วยวัณโรค/ผู้รับมอบฉันทะ

บัตรประจำตัวประชาชน..... บ้านเลขที่ ..... หมู่.....

ถนน ..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต .....

จังหวัด .....

ได้รับเงินสำนักวัณโรค ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	**จำนวนเงิน**	
เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยวัณโรค		-
รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น		-

รวมทั้งสิ้น..... ตัวอักษร

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบฉันทะ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

หมายเหตุ : 1 กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงลายมือชื่อ ให้ผู้ป่วยพิมพ์ลายนิ้วมือแทน

2.ผู้ป่วยเตรียมเอกสารอย่างละ 1 ชุด และรับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้

2.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวที่ราชการออกให้

2.2 สำเนาบัญชีธนาคาร (ชื่อผู้ป่วยเท่านั้น)

3.กรณีเป็นผู้รับมอบอำนาจให้ดำเนินการแทนผู้ป่วย ให้เตรียมเอกสารอย่างละ 1 ชุด ดังนี้

3.1 สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

3.2 หนังสือมอบอำนาจ ที่มีลายมือชื่อของผู้มอบอำนาจ ผู้รับมอบอำนาจและพยานครบถ้วน

3.3 สำเนาบัญชีธนาคาร (ชื่อผู้รับมอบอำนาจ)

4. ผู้ป่วย/ผู้รับมอบอำนาจรับผิดชอบค่าธรรมเนียมการโอนเงิน