คู่มือหรือแนวทาง

การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ)

เทศบาลตำบลนาบอน

อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

แผนผังแสดงวิธีการขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน
(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ)

ยื่นคำขอลงทะเบียนฯพร้อมเอกสารหลักฐาน
(๑ นาที/ราย)

↓

เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
บันทึกสอบถามเพิ่มเติม
(๓ นาที /ราย)

→

รวบรวมเอกสาร
เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
(๑ นาที/ราย)

↓

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร/แจ้งผล)
(๒ นาที/ราย)

↓

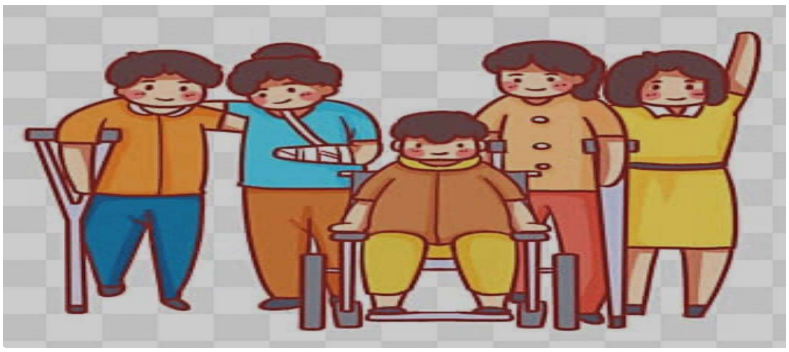
<u>เอกสารหลักฐานในการลงทะเบียน</u>

๑.บัตรประจำตัวคนพิการ
๒.บัตรประจำตัวประชาชน
๓.ทะเบียนบ้านฉบับปัจจุบัน
๔.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์

หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

<u>คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ</u>

๑.มีสัญชาติไทย
๒.มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลตำบลนาบอน
๓.มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔.ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



เอกสารหลักฐานประกอบการทำบัตรคนพิการ

กรณีไม่มีผู้ดูแล

- แบบคำขอมีบัตรคนพิการ
- ใบรับรองแพทย์
- รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

กรณีมีผู้ดูแล

- แบบคำขอมีบัตรคนพิการ
- ใบรับรองแพทย์
- รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
- หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการและสำเนาบัตรประจำตัวผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีที่ผู้ดูแลไม่ได้อาศัยอยู่ทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ)

กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนคนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ยื่นคำขอลงทะเบียน ฯ แทน

กรณีคนพิการไม่อาจยื่นคำขอลงทะเบียน ฯ ได้ ให้คนดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนโดยการมอบอำนาจ

เอกสารหลักฐานการมอบอำนาจ

๑.หนังสือมอบอำนาจ
๒.สำเนาทะเบียนบ้านผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ คนละ ๑ ฉบับ
๓.สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ คนละ ๑ ฉบับ

กรณีที่คนพิการย้ายเข้ามาในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลนาบอน :

คนพิการได้รับเงินเบี้ยความพิการจากท้องถิ่นอื่น และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่เทศบาลตำบลนาบอน จะต้องลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองที่เทศบาลตำบลนาบอนภายในหนึ่งเดือนที่มีการย้าย จึงจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการใน <u>เดือนถัดไป</u>

กรณีที่คนพิการย้ายออกจากเขตพื้นที่เทศบาลตำบลนาบอน :

คนพิการได้รับเงินเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลนาบอน และได้ย้ายออกจากพื้นที่เทศบาลตำบลนาบอน จะต้องลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาใหม่ ภายในหนึ่งเดือนที่มีการย้าย จึงจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการใน **เดือนถัดไป**

การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

กรมบัญชีกลางจะดำเนินการโอนเงิน
เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/
ผู้รับมอบอำนาจทุกวันที่ ๑๐ ของ

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ

๑.ตาย

๒.ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ ๖

- ไม่มีสัญชาติไทย
- ไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลนาบอน
- ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

๓.แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือ

อัตราการจ่ายเบี้ยความพิการ

- อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี รับเงิน ๑,๐๐๐
- อายุ ๑๘ ปีหรือมากกว่า รับเงิน๘๐๐

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒

ติดต่อสอบถาม.....งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลนาบอน

หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๕๘

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน ตามหนังสือมอบอำนาจที่เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อ..... นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน .....

พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบลนาบอน.....อำเภอนาบอน.....จังหวัดนครศรีธรรมราช

รหัสไปรษณีย์..๘๐๒๒๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชนที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก
☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่น ๆ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....
☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ.....
☐ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)
☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี .....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้า
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....
(.....)
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว

☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรี/อบต.....

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็น ดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....

นายกเทศมนตรี/นายก อบต.....

วัน/เดือน/ปี.....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ◯ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- ◯ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี
เลขที่ประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....
ตำแหน่ง.....ออกให้ ณ .....วันหมดอายุ.....
มีสถานภาพเป็น

☐ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

◯ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

◯ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ ขอมีบัตรครั้งแรก

☐ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก ○ บัตรเดิมหมดอายุ ○ ชำรุด
○ สูญหาย ○ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
○ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๒ ชื่อ.....สกุล.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

๑.๕ ศาสนา ○ พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๖ สถานภาพสมรส ○ โสด ○ สมรสอยู่ด้วยกัน ○ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....
Email Address.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

๑.๙ การศึกษา

○ ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ อาชีวศึกษา (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา..... ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

○ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม
☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ ลูกจ้างเอกชน
☐ รับจ้างทั่วไป
☐ ธุรกิจส่วนตัว
☐ อาชีพอื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) .....คน

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ○ มี ○ ไม่มี

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่นๆ (ระบุ)

(๒) ชื่อ.....นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○ บิดามารดา ○ บุตร ○ สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง
○ ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ○ บุคคลอื่นๆ (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....
Email Address.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ○ ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

คนพิการ **ผู้รับมอบอำนาจ**

เลขประจำตัวประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ **อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ**

○ **ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

○ **ความเห็นอื่น ๆ** .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร