

วันที่.....

เรื่อง แจ้งรับรองรายชื่อการมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล

เรียน นายทะเบียนเทศบาลตำบลพลับพลานารายณ์

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เทศบาลตำบลพลับพลานารายณ์ มีความประสงค์แจ้งรับรองรายชื่อผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ดังนี้

- ( ) ตนเอง
- ( ) คู่สมรส
- ( ) บิดา
- ( ) มารดา
- ( ) บุตร ชื่อ ..... เป็นบุตรลำดับที่.....
  - ( ) ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ( ) เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ( ) บุตร ชื่อ ..... เป็นบุตรลำดับที่.....
  - ( ) ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ( ) เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ( ) บุตร ชื่อ ..... เป็นบุตรลำดับที่.....
  - ( ) ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ( ) เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเอง และบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และหากมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิในการรักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัว ข้าพเจ้าจะแจ้งให้นายทะเบียนเทศบาลตำบลพลับพลานารายณ์ ทราบภายในวันรุ่งขึ้น นับจากที่มีการเปลี่ยนแปลง หากข้าพเจ้าไม่แจ้งภายในวันรุ่งขึ้นนับจากมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิของบุคคลในครอบครัว ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในสิ่งที่เกิดขึ้นในทุกกรณีแต่เพียงผู้เดียว และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

**หมายเหตุ เอกสารแนบ**

๑. กรณี ตนเอง แนบ ๑.สำเนาทะเบียนบ้าน
๒. กรณี คู่สมรส แนบ ๑.สำเนาทะเบียนบ้าน ๒.สำเนาหลักฐานการจดทะเบียนสมรส
๓. กรณี บิดา / มารดา แนบ ๑.สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. กรณี บุตร แนบ ๑. สำเนาทะเบียนบ้าน ๒.ใบสูติบัตร
๕. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)
๖. ระบุศาสนา ในสำเนาทะเบียนบ้านด้วย
๗. รับรองสำเนาถูกต้อง ในเอกสารทุกฉบับ

**ความเห็นของนายทะเบียน ทต.พลับพลานารายณ์**

( ) มีสิทธิถูกต้อง

( ) ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....) นายทะเบียนฯ

(ลงชื่อ).....

(.....) นายทะเบียนฯ