



ที่ นม ๗๔๘๐๑/ว ๓๗๐

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบึง
๔ หมู่ที่ ๑๑ ตำบลบึง อำเภอโนนสูง
จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๑๖๐

๒๔ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การยื่นลงทะเบียนขอรับบริการรับ-ส่งผู้ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ
และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับบริการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐

เรียน สมาชิกสภา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๑-๑๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลบึง เรื่อง การยื่นลงทะเบียนขอรับบริการรับ-ส่งผู้ป่วย
เพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยงานสาธารณสุข สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลบึง จะดำเนินการโครงการ
จ้างเหมาพาหนะรับ - ส่งผู้ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับบริการ ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ.๒๕๖๐

เพื่อให้การดำเนินการโครงการดังกล่าวสำเร็จลุล่วงเป็นไปตามเป้าหมายของโครงการ
องค์การบริหารส่วนตำบลบึง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านช่วยประกาศเสียงตามสายหรือติดประกาศ
เกี่ยวกับการยื่นลงทะเบียนการขอรับบริการรับ-ส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ รายละเอียดแนบท้ายนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งจะได้รับความร่วมมือด้วยดี เหมือนเช่นเคย
และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์

ขอแสดงความนับถือ

(นางมลวิมลย์ เศษกลาง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบึง

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

งานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

โทร. /โทรสาร ๐-๔๔๐-๘๑๑๗๔

๕๕๕ ปี เมืองนครราชสีมา

555th Anniversary of Nakhon Ratchasima

๑๘ มีนาคม ๒๕๖๖

ปลัด
รองปลัด
หัวหน้าสำนักปลัด
ร่าง/พิมพ์



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลบึง

เรื่อง การยื่นลงทะเบียนขอรับบริการรถ รับ-ส่ง ผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบริการสาธารณสุข
ตามโครงการจ้างเหมาพาหนะ รถรับ-ส่ง ผู้ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับบริการ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควร กำหนดหลักเกณฑ์ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะ
รับ-ส่งผู้ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับบริการ เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถเข้ารับบริการ
สาธารณสุขในหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ ภายใต้ประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
หรือพื้นที่ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์
ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพเพื่อเข้ารับการบริการสาธารณสุข
พ.ศ.๒๕๖๗

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ เพื่อเข้ารับการ
บริการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๗ ข้อ ๔ ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพให้จ่ายสำหรับการ
ให้บริการแก่บุคคล ดังต่อไปนี้

๑.คนพิการ ได้แก่ บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
การดำรงชีวิตหรือการทํากิจวัตรทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว
การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด และมีความจำเป็น
เป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือ
เข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

๒.ผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปที่มีความจำเป็นต้องได้รับความ
ช่วยเหลือโดยไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน หรือมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องการ
ดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือมีภาวะทุพพลภาพทางร่างกายหรือจิตใจ และขาดผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องที่สามารถให้การ
ช่วยเหลือได้

๓.ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง ได้แก่
บุคคลที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง
หรือบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดาร หรือเข้าถึงระบบบริการขนส่งสาธารณะได้ยาก หรือบุคคลที่มี
ฐานะยากจนไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางไปสถานพยาบาลได้ ขาดผู้ดูแลหรือญาติที่สามารถพาไปรับบริการทาง
การแพทย์ มีอุปสรรคด้านการสื่อสารที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยตนเอง หรือบุคคลที่ต้องการดูแล
พิเศษระหว่างการเดินทาง หรือมีความกลัวหรือวิตกกังวลอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการออกนอกบ้านหรือการเข้ารับ
บริการทางการแพทย์

โดยกำหนดคุณสมบัติและหลักเกณฑ์การพิจารณา ดังต่อไปนี้

๑.การจัดบริการรถรับ-ส่งไปยังสถานบริการสาธารณสุข

๒.คุณสมบัติข้อบ่งชี้ของผู้รับบริการ

๒.๑ ผู้ขอรับบริการต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบึง
โดยมีสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นผู้รับรอง ประเมินความจำเป็น โดยพิจารณาตามข้อบ่งชี้

๒.๒ คณะกรรมการของอบต./เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ลงพื้นที่ตรวจสอบข้อเท็จจริงตามความเป็น

ด้านร่างกาย

- ผู้ป่วยที่มีผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เทิลเอตี้แอล เท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ คะแนน
- ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว และหรือมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ช่วย ในการดำรงชีวิต และการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น สายให้อาหารทางสายยาง สายสวนปัสสาวะ
- ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือระดับคงที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต
- ผู้ป่วยที่มีนัดรักษาต่อเนื่องกับโรงพยาบาล
- เยี่ยมบ้านพบปัญหา ด้านเศรษฐกิจ (ด้านการศึกษา, อาชีพ, รายได้ความ

ยากลำบาก)

๓.ต้องเป็นสถานพยาบาลของรัฐ รวมถึงสถานพยาบาลในกำกับของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชน ที่อยู่ในเขตอำเภอโนนสูงหรือนอกเขตแล้วแต่กรณี

๔.เป็นผู้มีสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

ขั้นตอนในการขอใช้บริการ

๑.การให้บริการรับ-ส่งขององค์การบริหารส่วนตำบล เริ่มให้บริการในวัน ราชการ จันทร์-ศุกร์ หรือนอกวันและเวลาที่กำหนดแล้วแต่กรณี

๒.ผู้ขอรับบริการช่วยเหลือตนเองได้ (แพทย์นัดตรวจ พังผล รับยาและรับกลับจาก โรงพยาบาล) หรือผู้ขอรับบริการเป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือไม่มีผู้ดูแล ให้ญาติหรือ ผู้ป่วยขอรับบริการจะต้องมาเขียนคำร้องขอรับบริการจาก งานสาธารณสุข สำนักปลัดองค์การบริหารส่วน ตำบล โดยองค์การบริหารส่วนตำบล จะแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและลงพื้นที่ พร้อมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล บัง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติ หากผู้ผ่านหลักเกณฑ์และเงื่อนไขจะได้รับการพิจารณาให้ใช้บริการรับ-ส่งพร้อม เอกสารดังนี้

๒.๑ ใบนัดของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล

๒.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือสำเนาบัตรประจำตัว ของญาติผู้ป่วย (กรณีญาติผู้ป่วยมาขอรับบริการแทน)

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย

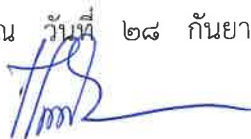
๒.๔ สำเนาบัตรผู้พิการ (กรณีเป็นผู้พิการ)

วิธีการยื่นคำขอรับบริการรับ-ส่ง

สามารถกรอกรายละเอียดการลงทะเบียนขอรับบริการรับส่ง ตามแบบฟอร์มที่ กำหนด (แนบท้ายประกาศฉบับนี้) พร้อมแนบหลักฐานและรับรองสำเนาถูกต้อง อย่างละ ๑ ฉบับ ได้ที่งาน สาธารณสุข สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ได้ตั้งแต่ บัดนี้ถึงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๔

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๔



(นางมลิลย์ เศษกลาง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล

45
รองปลัด
หัวหน้าสำนักปลัด
ร่าง/พิมพ์

แบบลงทะเบียนขอรับการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วย
เพื่อเข้ารับการบริการสาธารณสุข
องค์การบริหารส่วนตำบลบึง อำเภอนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับบริการ

๑.ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

๒.เลขบัตรประจำตัวประชาชน -

๓.วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....

๔.ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลบึง อำเภอนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา

๕.สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย

๖.ป่วยด้วยโรค/กลุ่มอาการ.....

๖.๑ อาการเจ็บป่วยด้วยปัจจุบัน (ระบุอาการ).....

๖.๒ ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

๖.๓ ระยะทางในการเดินทางจากที่พักไปยังสถานพยาบาล.....กิโลเมตร

๖.๔ ความถี่ในการเข้ารับการรักษา ☐ ๑-๒ ครั้งต่อเดือน ☐ ๓-๔ ครั้งต่อเดือน

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๗.ป่วยด้วยโรค/กลุ่มอาการ.....

๗.๑ อาการเจ็บป่วยด้วยปัจจุบัน (ระบุอาการ).....

๗.๒ ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

๗.๓ ระยะทางในการเดินทางจากที่พักไปยังสถานพยาบาล.....กิโลเมตร

๗.๔ ความถี่ในการเข้ารับการรักษา ☐ ๑-๒ ครั้งต่อเดือน ☐ ๓-๔ ครั้งต่อเดือน

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๘.ป่วยด้วยโรค/กลุ่มอาการ.....

๘.๑ อาการเจ็บป่วยด้วยปัจจุบัน (ระบุอาการ).....

๘.๒ ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

๘.๓ ระยะทางในการเดินทางจากที่พักไปยังสถานพยาบาล.....กิโลเมตร

๘.๔ ความถี่ในการเข้ารับการรักษา ☐ ๑-๒ ครั้งต่อเดือน ☐ ๓-๔ ครั้งต่อเดือน

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๙. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่พักอาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน) จำนวน.....คน

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	อาชีพ	รายได้ (บาท ต่อเดือน)	เบอร์โทรศัพท์

รวมรายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

ส่วนที่ ๒ ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการดำรงชีพ ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยผู้พิการ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ความพิการทางการมองเห็น
- ☐ ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
- ☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ☐ ความพิการทางการสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม
- ☐ ความพิการทางสติปัญญา
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

กลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ไม่สามารถพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้
- ☐ มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- ☐ มีภาวะทุพพลภาพทางร่างกายหรือจิตใจ
- ☐ ขาดผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องที่สามารถให้การช่วยเหลือได้
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ เป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย/ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ / ผู้ติดเตียง
- ☐ เป็นบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต
- ☐ เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง

- ☐ เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดารหรือเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะได้ยาก
- ☐ เป็นบุคคลที่มีฐานะยากจนไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางไปสถานพยาบาลได้/ผู้ป่วยยากไร้
- ☐ ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลหรือญาติที่สามารถพาไปรับบริการทางการแพทย์ /ผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง/ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- ☐ ผู้ป่วยมีอุปสรรคด้านการสื่อสารที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยตนเอง
- ☐ เป็นบุคคลที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษระหว่างการเดินทาง
- ☐ ผู้ป่วยมีความกลัวหรือวิตกกังวลอย่างรุนแรงเกี่ยวกับการออกนอกบ้านหรือเข้าถึงบริการทางการแพทย์
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ ๓ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

๑.ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

๒.เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐๐-๐๐-๐

๓.วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....

๔.ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบลบึง อำเภอนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา

๕.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ส่วนที่ ๔ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย (ถ้ามี)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำร้องแทน (กรณียื่นแทน)
- ☐ สำเนาใบหมอนัด
- ☐ สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลบึง ระวังการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

วันที่.....

ใบขอรับบริการรถรับ - ส่งผู้ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยองค์การบริหารส่วนตำบลบึง

เลขที่คำขอ: _____

วันที่: _____ / _____ / _____

ข้อมูลผู้ขอรับบริการ

ชื่อ-นามสกุล: _____ ที่อยู่: _____

เบอร์โทรศัพท์: _____ เลขบัตรประชาชน/เลขทะเบียนผู้พิการ: _____

รายละเอียดการขอใช้บริการ

ต้องการใช้บริการในวันที่: _____ / _____ / _____

ต้องการใช้บริการในวันที่: _____ / _____ / _____

ต้องการใช้บริการในวันที่: _____ / _____ / _____

เวลาเดินทาง: ☐ เช้า ☐ บ่าย ☐ เย็น (ระบุเวลา: _____)

สถานที่รับ: _____

สถานที่ส่ง: _____

เหตุผลในการเดินทาง:

☐ ไปพบแพทย์/โรงพยาบาล ☐ ติดต่อหน่วยงานราชการ

☐ ทำธุรกรรมส่วนตัว ☐ อื่น ๆ (ระบุ) _____

ข้อมูลเพิ่มเติม

☐ ใช้รถเข็น ☐ ต้องการผู้ช่วยพยุง ☐ มีผู้ติดตาม (จำนวน _____ คน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง และยินยอมปฏิบัติตามระเบียบการให้บริการรถรับ-ส่งผู้ทุพพลภาพ
ขององค์การบริหารส่วนตำบลบึง

ลงชื่อ _____

(ผู้ขอรับบริการ)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ _____

(นางสาวกฤติยา จัดกูเหลือ้ม)

นักจัดการงานทั่วไป

ความเห็นของหัวหน้าสำนักปลัด

ลงชื่อ _____

(นายสรารวุฒิ ศรีเพชร)

หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็นของรองปลัด อบต.

(ลงชื่อ) _____

(นายวรศักดิ์ เจริญยุทธการณ์)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบึง

ความเห็นของปลัด อบต.

(ลงชื่อ) _____

(นางนิรันดร์ พินไธสง)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบึง

คำสั่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบึง

(ลงชื่อ)

(นางมลวิมลย์ เศษกลาง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบึง

หนังสือรับรองการอยู่อาศัย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ผู้รับรอง)อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....
ตำแหน่ง.....ออกให้โดย.....
วันหมดอายุ.....มีสถานภาพเป็นสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลบึง
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลบึง อำเภอนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา
ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว (ชื่อผู้ป่วย).....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....
พ.ศ.....ถึงปัจจุบัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ ทั้งนี้เพื่อให้หนังสือใบรับรองฉบับนี้
ประกอบการพิจารณาขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับ-ส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)