

**แบบแสดงตนและยืนยันหมายเลขบัญชีเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพ  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔  
องค์การบริหารส่วนตำบลลานตากฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม**

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ชื่อ.....สกุล.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่.....ตำบล.....ลานตากฟ้า.....อำเภอ.....นครชัยศรี.....จังหวัด.....นครปฐม  
รหัสไปรษณีย์.....๗๓๑๒๐.....โทรศัพท์.....

ซึ่งเป็นผู้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพ  ผู้สูงอายุ  ผู้พิการ  ผู้ป่วยเอดส์ ขององค์การบริหารส่วนตำบล  
ลานตากฟ้า ขอแสดงตนและยืนยันหมายเลขบัญชีเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยวิธี

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ชื่อธนาคาร.....  
สาขา.....หมายเลขบัญชี.....

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
ชื่อธนาคาร.....สาขา.....  
ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ ตามระเบียบ  
กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.  
๒๕๕๒ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒ ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน  
เบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.  
๒๕๕๙ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วน  
ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

การแสดงตนและยืนยันหมายเลขบัญชีเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพนี้ ใช้เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพ ประจำปี  
งบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๔ ใน  
กรณีผู้ได้รับเบี้ยยังชีพออกจากทะเบียนบ้านไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ ณ ที่องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนกันยายนของปีที่ย้ายไป และแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลลาน  
ตากฟ้าทราบ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิในการรับเงินดังกล่าว และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็น  
ความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้แสดงตน      ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่  
(.....)      (.....)

| เอกสารที่ใช้ในกรณีโอนเข้าบัญชีตนเอง  | เอกสารที่ใช้ในกรณีโอนเข้าบัญชีผู้รับมอบอำนาจ  |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน (ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยเอดส์)<br><input type="checkbox"/> บัตรคนพิการ (กรณีคนพิการ)<br><input type="checkbox"/> หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ผู้รับเงิน) | <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน (ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยเอดส์)<br><input type="checkbox"/> บัตรคนพิการ (กรณีคนพิการ)<br><input type="checkbox"/> บัตรประชาชน (ผู้รับมอบอำนาจ)<br><input type="checkbox"/> หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ผู้รับเงิน) |