

งานกองทุนเพื่อเด็กและเยาวชน  
เลขที่ ๑๖๙  
วันที่ ๙๐ ๖.๘.๒๕๖๘  
หน้า ๑



ที่ พช ๐๐๒๓.๓/๔๔๗

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด  
ศากาลงจังหวัดเพชรบูรณ์  
ถนนสารบูรี - หมู่สัก พช ๖๗๐๐๐

๙๐ สิงหาคม ๒๕๖๘

กากก กก กก ก

เรื่อง เที่ยวนเข้าร่วมโครงการสวัสดิการ ๔๐/๔๔

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์ นายกเทศมนตรีเมืองเพชรบูรณ์ นายกเทศมนตรีเมืองหล่มสัก  
นายกเทศมนตรีเมืองวิเชียรบูรี และห้องถินอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนานั้นสือสำนักงาน สกสค.จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ ศธ ๕๒๑๐๓๔/๓๔๖๓  
ลงวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๘

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์ (สกสค.จังหวัดเพชรบูรณ์) ขอเชิญชวนสมาชิก ข.พ.ค. - ข.พ.ส. ที่มีอายุการเป็นสมาชิกต่อเนื่องกันตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป หรืออายุตัวตั้งแต่ ๕๕ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีความประสงค์จะขอรับสวัสดิการตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการจัดสวัสดิการโครงการสวัสดิการ ๔๐/๔๔ พ.ศ. ๒๕๖๘ เมื่อเข้าร่วมโครงการ แล้ว ไม่ต้องชำระเงินลงทะเบียนรายพ.ค. ข.พ.ค - ข.พ.ส. สำนักงานคณะกรรมการสกสค. จะหรองจ่ายค่าลงทะเบียนรายพ.ค. ข.พ.ค - ข.พ.ส. ให้กับสมาชิก และสำนักงานจะไปหักจากเงินลงทะเบียนรายพ.ค. ครอบครัวเมื่อสมาชิกถึงแก่ความตาย ตามจำนวนที่จ่ายจริง

ในการนี้ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเพชรบูรณ์ จึงขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งบุคลากรในสังกัดที่เป็นสมาชิก ข.พ.ค - ข.พ.ส. ไปติดต่อเข้าร่วมโครงการสวัสดิการ ๔๐/๔๔ ที่สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์ ในวัน และเวลา的工作 โดยต่อไป รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

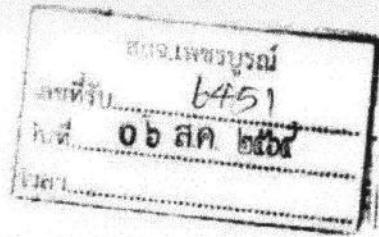
จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป สำหรับห้องถินอำเภอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่พิจารณาดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิชัย ชิตไพศาล)  
ห้องถินจังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น  
โทร. ๐๕๒๑๐๓๔๖๓๔

ที่ ศธ 521038/3563



สำนักงาน สกสค. จังหวัดเพชรบูรณ์  
331/7 ถนนสามมัคคีชัย ตำบลในเมือง  
อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ เพชรบูรณ์ 67000

4 สิงหาคม 2564

เรื่อง เขียนขอรับสวัสดิการ 40/75

เรียน ห้องคืนจังหวัดเพชรบูรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบคำขอรับสวัสดิการ 40/75  
2. แบบแสดงเจตนาระบุฯ

จำนวน 1 ฉบับ

จำนวน 1 ชุด

ด้วยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์ (สกสค.จังหวัดเพชรบูรณ์) ขอเขียนขอรับสวัสดิการ 40/75 ปีชีวีไปหรืออายุตัวตั้งแต่ 75 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีความประสงค์จะขอรับสวัสดิการตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการจัดสวัสดิการโครงการสวัสดิการ 40/75 พ.ศ. 2564 เมื่อเข้าร่วมโครงการฯ แล้วไม่ต้องชำระเงินสangเคราะห์รายเดือน ช.พ.ค.-ช.พ.ส. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาฯ จึงทรงจ่ายค่าสangเคราะห์รายเดือน ช.พ.ค.-ช.พ.ส. ให้กับสมาชิก และสำนักงานจะไปหักจากเงินสangเคราะห์ครอบครัวเมื่อสมาชิกถึงแก่ความตาย ตามจำนวนที่จ่ายจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความอนุเคราะห์แจ้งให้สมาชิก ช.พ.ค. ช.พ.ส. ในสังกัดของท่าน ได้ติดต่อเข้าร่วมโครงการสวัสดิการ 40/75 ที่สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา จังหวัดเพชรบูรณ์ ในวัน และเวลาราชการโดยตัวผู้ที่ไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญโชค พลดาหาญ)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัดเพชรบูรณ์

งานอำนวยการ

โทร 0 5672 1036 ต่อ 11

โทรศัพท์ 0 5672 1036 ต่อ 0



แบบคำขอรับสวัสดิการ ๔๐/๗๕

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขอรับสวัสดิการโครงการสวัสดิการ ๔๐/๗๕

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....  
 เลขประจำตัวประชาชน [REDACTED] เป็นสมาชิก  ช.พ.ค.  ช.พ.ส.  
 สังกัด..... เลขประจำตัวสมาชิก [REDACTED] ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
 เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... อายุ ..... ปี ได้รับการตอบรับเข้าเป็นสมาชิก  
 เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... รวมเป็นเวลา ..... ปี

- มีอายุการเป็นสมาชิก ๔๐ ปี ขึ้นไป
- มีอายุครบ ๙๕ ปี ขึ้นไป

มีความประสงค์จะขอรับสวัสดิการตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการจัดสวัสดิการ ๔๐/๗๕ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยขอรับสวัสดิการนี้ ตั้งแต่วันที่ ..... เป็นต้นไป พร้อมกันนี้ได้ส่งหลักฐานต่างๆ มาเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
- คำสั่งศาล ในกรณีที่ถูกศาลอสั่งให้เป็นบุคคลเมื่อไหร่ก็ตามที่ห้ามบุคคลไว้ความสามารถ(ถ้ามี)
- อื่นๆ โปรดระบุ ..... (ถ้ามี)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ข้อความในแบบคำขอรับสวัสดิการนี้เป็นข้อมูลที่ถูกต้องแท้จริงและได้ชำระเงินลงทะเบียนรายเดือนเป็นปัจจุบันแล้ว

๒. ข้าพเจ้าได้แจ้งให้ผู้มีสิทธิรับเงินลงทะเบียนรายเดือนทราบแล้ว ว่าข้าพเจ้าตกลงให้สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. หักเงินเพื่อชำระภาระผูกพันอันเกิดขึ้นจากการที่ข้าพเจ้าขอรับสวัสดิการครั้งนี้ทั้งสิ้น ตั้งแต่วันที่ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้รับสวัสดิการเป็นต้นไป

และข้าพเจ้าได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานข้างท้ายนี้

|   |
|---|
| สำหรับเจ้าหน้าที่   |
| ขอรับรองว่า.....  |
| สมาชิก ช.พ.ค. / ช.พ.ส. เลขประจำตัว.....   |
| มีคุณสมบัติเป็นไปตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค.<br>ว่าด้วยการจัดสวัสดิการโครงการสวัสดิการ ๔๐/๗๕ พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.   |

ลงชื่อ..... ผู้รับคำขอ  
(.....)  
ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)  
ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

**เอกสารประกอบการระบุติดธง / ปลีกยนแบ่งสิทธิ ช.พ.ค.**

ผู้ถูกระบุต้องเกี่ยวข้องเป็น = บิดา - มารดา - คู่สมรส - บุตร - บุตรบุญธรรม (บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนก็ได้)

| สมาชิก ช.พ.ค. อายุตั้งแต่ 1 ขวบ                          | ผู้มีสิทธิรับเงิน ฯ ช.พ.ค. อายุตั้งแต่ 1 ขวบ             |
|--|--|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน                              | 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน                              |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน                                      | 2. สำเนาทะเบียนบ้าน                                      |
| 3. สำเนาใบสำคัญการสมรส                                   | 3. สำเนาใบสำคัญการสมรส                                   |
| 4. สำเนาใบสำคัญการ死                                      | 4. สำเนาใบสำคัญเปลี่ยนชื่อ - ที่ดิน                      |
| 5. สำเนาใบสำคัญเปลี่ยนชื่อ - สกุล                        | 5. สำเนาบันทึกการใช้สำเนาหน้า บ.ส. และสกุลเดิมของคู่สมรส |
| 6. สำเนาบันทึกการใช้สำเนาหน้า บ.ส. และสกุลเดิมของคู่สมรส | 6. สำเนาใบสูติบัตรบุตร (กรณีบุตร อายุไม่ครบ 15 ปีห้าขวบ) |
| 7. สำเนาทะเบียนการรับรองบุตรบุญธรรม                      |  |
| 8. สำเนาทะเบียนการรับรองบุตร (กรณีไปได้จดทะเบียนสมรส)    |  |

๔ หมายเหตุ - วันที่มาเขียนแบบ สมาชิกต้องมาตัวยืนน่องเท้าแน่น ๕



## หนังสือแสดงเจตนาฯบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค.

เขียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....

วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. ....

### 1. สำหรับสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน [ ] สถานที่ทำงาน.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail.....

ขอแสดงเจตนาฯบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวต่อหน้าเจ้าหน้าที่ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมาปักกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครุและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ ให้สำนักงานหักเงินสงเคราะห์ครอบครัว ณ ที่จ่ายเพื่อชำระหนี้ตามข้อผูกพันกับสำนักงาน (ถ้ามี) ก่อนจ่ายเงินให้แก่ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวตามที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ดังนี้

รายชื่อบุคคลที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาฯบุสิทธิ์ตามข้อ 8(1) ตามระเบียบ ช.พ.ค. ซึ่งเป็นผู้สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย บุตรบุญธรรม บุตรนอกสมรสที่ปิดใจทะเบียนรับรองแล้ว และบุตรตามความดีของข้าพเจ้า

- |                        |   |
|------------------------|---|
| 1. ชื่อ-ชื่อสกุล.....  | เกี่ยวข้องเป็น ผู้สมรสที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....              |
| 2. ชื่อ-ชื่อสกุล.....  | เกี่ยวข้องเป็น บิดา โทรศัพท์.....                                 |
| 3. ชื่อ-ชื่อสกุล.....  | เกี่ยวข้องเป็น มารดา โทรศัพท์.....                                |
| 4. ชื่อ-ชื่อสกุล.....  | เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....                 |
| 5. ชื่อ-ชื่อสกุล.....  | เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....                 |
| 6. ชื่อ-ชื่อสกุล.....  | เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....                 |
| 7. ชื่อ-ชื่อสกุล.....  | เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....                 |
| 8. ชื่อ-ชื่อสกุล.....  | เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....                 |
| 9. ชื่อ-ชื่อสกุล.....  | เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....                 |
| 10. ชื่อ-ชื่อสกุล..... | เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....                 |
| 11. ชื่อ-ชื่อสกุล..... | เกี่ยวข้องเป็น บุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย โทรศัพท์.....                 |
| 12. ชื่อ-ชื่อสกุล..... | เกี่ยวข้องเป็น บุตรบุญธรรม โทรศัพท์.....                          |
| 13. ชื่อ-ชื่อสกุล..... | เกี่ยวข้องเป็น บุตรบุญธรรม โทรศัพท์.....                          |
| 14. ชื่อ-ชื่อสกุล..... | เกี่ยวข้องเป็น บุตรนอกสมรสที่ปิดใจทะเบียนรับรองแล้ว โทรศัพท์..... |
| 15. ชื่อ-ชื่อสกุล..... | เกี่ยวข้องเป็น บุตรนอกสมรสที่ปิดใจทะเบียนรับรองแล้ว โทรศัพท์..... |

เหตุผล กรณีผู้แสดงเจตนาไม่ระบุฯ บุคคลในข้อ 8(1)

ลงชื่อ..... ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. ..... เวลา..... น.

/รายที่บุคคล...

รายชื่อบุคคลที่เข้าพเจ้าแสดงเจตนาระบุสิทธิตามข้อ 8(2) ตามระเบียบ ช.พ.ค. เกี่ยวกับเป็นผู้อยู่ในอุปการะอย่างบุตรของเข้าพเจ้า ซึ่งจะได้รับเมื่อผู้มีสิทธิรับเงินในข้อ 8(1) ถึงแก่ความตายก่อนเข้าพเจ้าทั้งหมด

“ผู้อยู่ในอุปการะอย่างบุตรของสมาชิก ช.พ.ค.” หมายความว่า บุคคลธรรมชาติที่สมาชิก ช.พ.ค. ได้ให้อุปการะเลี้ยงดู เสมือนบุตรซึ่งเป็นผู้เยาว์ หรือผู้พิการ หรือทุพพลภาพ หรือผู้มีจิตพิการไม่สมประกอบหรือวิกฤต หรือคนไร้ความสามารถ หรือ เสมือนไร้ความสามารถ

|   |               |
|---|---------------|
| 1. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 2. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 3. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 4. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 5. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 6. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 7. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 8. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| เหตุผล การนัดผู้แสดงเจตนาไม่ระบุฯ บุคคลในข้อ 8(2) |               |

รายชื่อบุคคลที่เข้าพเจ้าแสดงเจตนาระบุสิทธิตามข้อ 8(3) ตามระเบียบ ช.พ.ค. เกี่ยวกับเป็นผู้อุปการะเข้าพเจ้า ซึ่งจะได้รับเมื่อผู้มีสิทธิรับเงินในข้อ 8(1) และข้อ 8(2) ถึงแก่ความตายก่อนเข้าพเจ้าทั้งหมด

“ผู้อุปการะสมาชิก ช.พ.ค.” หมายความว่า บุคคลธรรมชาติที่ให้อุปการะที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิก ช.พ.ค. ในขณะที่ สมาชิก ช.พ.ค. ยังมีชีวิตอยู่

|   |               |
|---|---------------|
| 1. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 2. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 3. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 4. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 5. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 6. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 7. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| 8. ชื่อ-ชื่อสกุล .....                            | โทรศัพท์..... |
| เหตุผล การนัดผู้แสดงเจตนาไม่ระบุฯ บุคคลในข้อ 8(3) |               |

ผู้แสดงเจตนาต้องยืนคำขอต่อเจ้าหน้าที่เพื่อแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสองคราเดียว ช.พ.ค. จากเดินที่เคยแสดง เจตนาระบุไว้ และในการยืนยันหลังสมาชิกได้แสดงเจตนาเปลี่ยนแปลงระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสองคราเดียว ช.พ.ค. ให้ถือว่าการ แสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสองคราเดียว ช.พ.ค. ครั้งหลังเป็นการยกเลิกการแสดงเจตนาระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสองคราเดียว ช.พ.ค. ที่ได้ทำมาก่อนทั้งหมด

ลงชื่อ ..... ผู้แสดงเจตนา  
(.....)

หมายเหตุ : 1. ห้าม ชูก ลง ชื่อ ถ้า กรณีมีความจำเป็นต้องแก้ไขข้อความให้ชัดแจ้งให้ผู้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อกับไว้ทุกแห่ง  
2. กรณีสมาชิกไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ให้เก็บหลักบันทึกไว้และให้ผู้อำนวยการ สมศก. จังหวัด ลงนามรับรองด้วยว่า “เป็นลายเซ็นที่ว่าแม้มีของขวัญของผู้แสดงเจตนาจริง และขณะพิมพ์ลายเซ็นมีภัยลับ潜伏อยู่ในลายเซ็น” โดยมีพยานลงลายมือชื่อรับรองไว้ด้วยสองคน

ลงชื่อ ..... ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... เวลา..... น.

/2. สำหรับเจ้าหน้าที่...

2. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ค. ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล..... เป็นสมาชิก ช.พ.ค. ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. และเอกสารหลักฐานครบถ้วนถูกต้องเป็นไปตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการมาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการระบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า สมาชิกได้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. ฉบับนี้ ด้วยความสมัครใจ และลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าจริง เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... เวลา..... น.

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... ผู้แสดงเจตนาได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนาจะบุตัวผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ช.พ.ค. เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....



คำชี้แจง

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... เวลา..... น.