



# สำนักงานคลังจังหวัดอุดรธานี

The Uttaradit Provincial Office of the Comptroller General

## กรมบัญชีกลาง

### กำหนดแนวทางการโอนเงินสวัสดิการอื่น

### สำหรับผู้ที่ผ่านเกณฑ์ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้

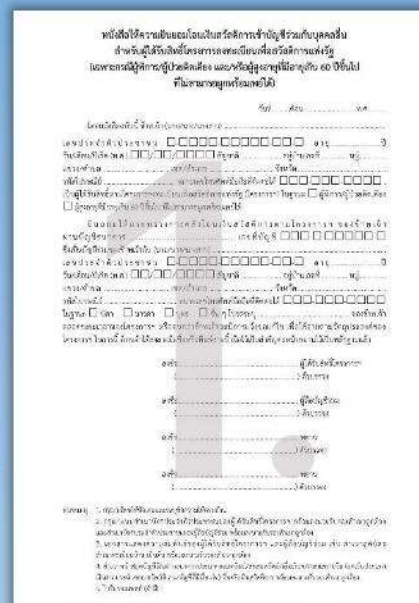
\*\* สำหรับกลุ่มผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ \*\*

## 1. กรณีประสงค์ใช้บัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (เอกสารแนบ 1)

### เอกสารหลักฐาน

- หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการ พร้อมลงนามรับรอง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรอง
- เอกสารแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ และผู้ถือบัญชี
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
- ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม  
เอกสารแนบ 1



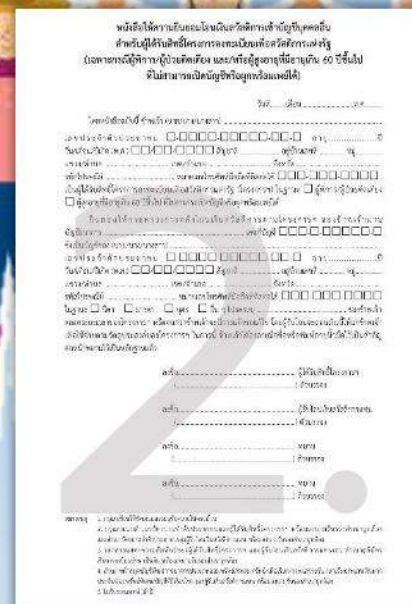
## 2. กรณีประสงค์ใช้บัญชีบุคคลอื่น (เอกสารแนบ 2)

\*บัญชีธนาคารนั้นจะต้องผูกพร้อมเพย์กับเลขบัตรประจำตัวประชาชน\*

### เอกสารหลักฐาน

- หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการ พร้อมลงนามรับรอง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงินโอนสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรอง
- เอกสารแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ และผู้รับเงินโอนสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
- ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม  
เอกสารแนบ 2



ส่งหนังสือให้ความยินยอมพร้อมหลักฐานให้สำนักงานคลังจังหวัดอุดรธานี



หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น  
สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ  
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป  
ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี  
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่.....  
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ -- .  
เป็นผู้ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ  ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง  
 ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้า  
ผ่านบัญชีธนาคาร ..... เลขที่บัญชี ---  
ซึ่งเป็นบัญชีร่วมของข้าพเจ้ากับ (นาย/นาง/นางสาว) .....

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี  
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่.....  
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --  
ในฐานะ  บิดา  มารดา  บุตร  อื่น ๆ โปรดระบุ ..... ของข้าพเจ้า  
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ  
โครงการฯ ในกรณีนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้ถือบัญชีร่วม  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
  2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น  
สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ  
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป  
ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี  
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่.....  
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ -- .  
เป็นผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ  ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง  
 ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่าน  
บัญชีธนาคาร ..... เลขที่บัญชี ---  
ซึ่งเป็นบัญชีของ (นาย/นาง/นางสาว) .....

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี  
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่.....  
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --  
ในฐานะ  บิดา  มารดา  บุตร  อื่น ๆ โปรดระบุ ..... ของข้าพเจ้า  
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า  
เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ  
ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
  2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทนเช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)