



## สำนักงานคลังจังหวัดนครศรีธรรมราช



### การจ่ายเงินสงเคราะห์ ให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ตามโครงการลงทะเบียนสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565



คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ อนุมัติแนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์ สำหรับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ สวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 เพิ่มอีก 9 เดือนๆ ละ 100 บาท โดยจ่ายทุก ๆ 3 เดือน ในเดือน มี.ค. มิ.ย. และ ก.ย.2567 เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้สูงอายุ ที่ได้ผูกพร้อมเพย์ ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเข้าบัญชีบุคคลอื่นหรือบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นกรณียื่นหนังสือยินยอมฯ ที่สำนักงานคลังจังหวัดนครศรีธรรมราช

จ.นครศรีธรรมราช



6 ธ.ค.2566  
โอนเงินไม่สำเร็จ  
จำนวน 9,965 ราย

(1) ไปผูกพร้อมเพย์ด้วย  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน  
ด้วยตนเอง

### ทางเลือก

\*บัญชีธนาคารไม่ผูก  
พร้อมเพย์ด้วยบัตร  
ประชาชน  
\*บัญชีถูกปิด \*ไม่มี  
บัญชีธนาคาร

(2) ยื่นหนังสือยินยอมให้โอน  
เงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น  
หรือบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น



ติดต่อธนาคารตามระบุในสมุดบัญชี  
และบัญชียังไม่ถูกปิด หากดำเนินการ  
ภายในวันที่ **26 มกราคม 2567** จะ  
ได้รับโอนเงินสงเคราะห์ในเดือน  
มีนาคม 2567



กรอกแบบหนังสือยินยอมให้โอนเงินสวัสดิการเข้า  
บัญชีบุคคลอื่นฯ ยื่นพร้อมสำเนาบัตรประจำตัว  
ประชาชนของผู้มีสิทธิ และสำเนาบัตรประชาชน  
สำเนาทะเบียนบ้าน+สำเนาสมุดบัญชีของผู้รับเงิน  
แทน ยื่นที่สำนักงานคลังจังหวัด (ศาลากลาง  
จังหวัด)ทุกแห่ง ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ **26 มกราคม  
2567**

\*\*\* ประชาชนที่ได้รับสิทธิ และ ยังไม่ยืนยันตัวตนรับสิทธิ

จ.นครศรีธรรมราช มีจำนวน 5,668 ราย กรณีเป็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ/ผู้ป่วย  
ติดเตียง ไม่สามารถเดินทางไปยืนยันตัวตนด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจ  
ให้ผู้ดูแลไปยืนยันตัวตนแทน โดยจัดทำหนังสือมอบอำนาจตามแบบ  
ที่กระทรวงการคลังกำหนด พร้อมบัตรประชาชนแบบสมาร์ทการ์ด ตัวจริงของผู้  
มีสิทธิ และผู้มอบอำนาจ หรือ ยืนยันตัวตนด้วยตนเอง ที่ธนาคารกรุงไทย  
ทุกสาขา (สิทธิการซื้อสินค้าบริการไม่ย้อนหลัง)



หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถ  
เดินทางมายืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....  
อายุ.....ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....  
ได้มอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว).....  
อายุ.....ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการในการยืนยันตัวตนโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 แทนข้าพเจ้า  
จนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในกรณีที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้า ได้  
ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

ยื่นที่ ธนาคารกรุงไทย

ยื่นพร้อมหลักฐานดังนี้

1. บัตรประชาชนแบบสมาร์ทการ์ด (ตัวจริง) ของผู้มอบ และผู้รับมอบ
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบ



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  อื่นๆ โปรดระบุ..... ของข้าพเจ้า  
 ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ  
 โครงการฯ ในการนี้ 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)

ยื่นที่สำนักงานคลังจังหวัด (ศาลากลางจังหวัด)