

คู่มือสำหรับประชาชน : การยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม  
กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

---

๑.ชื่อกระบวนการ : การยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

๒.ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เปิดเสร็จในหน่วยเดียว

๓.หมวดหมู่ของการบริการ : การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

๔.หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ อำเภอสามพราน  
จังหวัดนครปฐม

๕.กฎหมายที่ให้อำนาจ การอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการ ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒

๖.พื้นที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่

๗.ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

ติดต่อด้วยตนเอง

ระยะเวลาเปิดให้บริการ : วันจันทร์ - วันศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ไม่พักเที่ยง)

หมายเหตุ : เปิดรับลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนมกราคม - เดือนธันวาคม ของทุกปี

๘.หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการ ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒ “ข้อ ๖ คนพิการซึ่งจะมีสิทธิที่จะได้รับเงินเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการกำหนด”

ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ พ.ศ.๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๖๐ “ข้อ ๕ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม” ดังต่อไปนี้

๑.มีสัญชาติไทย

๒.มีบัตรประจำตัวคนพิการ

๓.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๔.ไม่เป็นบุคคลอยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐตามบัญชีรายชื่อที่ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

## วิธีการ

๑. ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป โดยมีหลักฐานผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวประชาชน

๒. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๓. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน

๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการ เป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ที่ได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการย้ายที่อยู่ และยังคงประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการ ต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ที่ตนย้ายไป

## ๙. ช่องทางการให้บริการ

<p><b>สถานที่ให้บริการ</b>            องค์กรบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ อ.สามพราน จ.นครปฐม            โทรศัพท์ ๐๓๔ - ๙๘๐๑๓๑-๓ ต่อ ๑๐๖ โทรสาร ๐๓๔-๙๘๐๑๓๑-๓            ต่อ ๑๐๕ เว็บไซต์ : <a href="https://www.klongmai-sampran.go.th">https://www.klongmai-sampran.go.th</a>            หรือ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน</p>	<p><b>ระยะเวลาเปิดให้บริการ</b>            เปิดให้บริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.            ( มีบริการช่วงพักเที่ยง )</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๕ นาที

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนงานที่รับผิดชอบ
๑	การยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงิน เบี้ยความพิการ	คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามกฎหมายยื่นคำขอลงทะเบียน รับเงินเบี้ยความพิการ หรือผู้ดูแลคน พิการ ยื่นคำขอแทนได้ แต่ต้องนำ เอกสารหลักฐานของคนพิ การ ประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนรับ เงินเบี้ยความพิการ ต่อเจ้าหน้าที่	๓ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๒	การตรวจสอบเอกสารหลักฐาน	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร หลักฐานที่ยื่นประกอบการยื่นคำขอ ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ และออกใบรับลงทะเบียนตามแบบ ยื่นคำขอให้ผู้ยื่นเก็บไว้เป็นหลักฐาน	๒ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๓	รวบรวมเอกสารเสนอ คณะกรรมการตรวจสอบ คุณสมบัติ	เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอลงทะเบียนรับ เงินเบี้ยความพิการ เสนอความเห็น ต่อคณะกรรมการตรวจสอบ คุณสมบัติ ตรวจสอบและเสนอ ความเห็นต่อนายก อบต.	เดือนละ ๑ ครั้ง	กองสวัสดิการสังคม
๔	จัดทำประกาศบัญชีรายชื่อผู้มี สิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ และบันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยความพิการ	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดทำประกาศ บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความ พิการ เมื่อเสร็จสิ้นการลงทะเบียน รับเงินเบี้ยความพิการในแต่ละเดือน และปิดประกาศโดยเปิดเผยให้ สาธารณชนทราบ และดำเนินการ บันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความ พิการเป็นประจำทุกเดือนในระบบ สารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ย ยังชีพขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นให้ครบถ้วนทุกรายการ	เดือนละ ๑ ครั้ง	กองสวัสดิการสังคม

## ๑๑.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

ลำดับ	รายการเอกสารลงทะเบียน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร ฉบับสำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	<b>กรณีผู้พิการดำเนินการเอง</b>					
๑	บัตรประจำตัวคนพิการ	กระทรวง การพัฒนา สังคมฯ	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการ สังคมบริการ ถ่ายสำเนา เอกสารให้
๒	ทะเบียนบ้าน (ฉบับเจ้าบ้าน)	กรมการ ปกครอง	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการ สังคมบริการ ถ่ายสำเนา เอกสารให้
๓	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	-	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการ สังคมบริการ ถ่ายสำเนา เอกสารให้
	<b>กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่น ดำเนินการแทน</b>					
๑	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบ อำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	-	ฉบับ	หนังสือมอบ อำนาจรับได้ที่ กองสวัสดิการ สังคม
๒	บัตรประจำตัวคนพิการพร้อม สำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทน โดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณีคน พิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดย ชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทน โดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดย แสดงหลักฐานการเป็นผู้แทน ดังกล่าว)	-	๑	๑	ฉบับ	
๓	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของ ผู้ดูแลคนพิการ (กรณีรับเงินแทน)	-	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการ สังคมบริการ ถ่ายสำเนา เอกสารให้

## ๑๒.ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
ไม่มีค่าธรรมเนียม		

## ๑๓.ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑	องค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ อำเภอสามปราชญ์ จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์ ๐๓๔-๙๘๐๑๓๑-๓ ต่อ ๑๐๖ โทรสาร ๐๓๔-๙๘๐๑๓๑-๓ ต่อ ๑๐๕
๒	เว็บไซต์ : <a href="https://www.klongmai-sampran.go.th">https://www.klongmai-sampran.go.th</a>

## ๑๔.แบบฟอร์ม

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑	แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ (เอกสารแนบท้าย) (หมายเหตุ : เอกสาร/แบบฟอร์ม เป็นไปตามข้อกำหนดของท้องถิ่น)
๒	หนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ
๓	หนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นรับเงินแทน

ทะเบียนเลขที่...../.....

## แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามี-ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ  อื่นๆ(ระบุ).....

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลผู้พิการ).....

เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---- ที่อยู่.....

## ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... อายุ.....ปี สัญชาติ.....ไทย.....มีชื่ออยู่ในสำทะเบียนบ้าน

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล.....คลองใหม่.....อำเภอ.....สามพราน.....จังหวัด.....นครปฐม.....รหัสไปรษณีย์.....๗๓๑๑๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ----ประเภทความพิการ  ความพิการทางการมองเห็น  ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออทิสติก ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามี-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

 ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....ย้ายมาจาก.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

 รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

-๒-

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b> เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... ..... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b> เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( ..... ) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( ..... ) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( ..... )</p>
<p><b>คำสั่ง</b> <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... ..... (ลงชื่อ) ..... (นายเอก น้อยพิทักษ์) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ วัน/เดือน/ปี ..... .....</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ชื่อ-สกุล.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ  
ในอัตราเดือนละ.....บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....เลขที่บัญชี  
.....โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. .... เป็นต้นไป

**กรณีผู้พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่  
ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสติให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ**

## หนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
 เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....  
 หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
 เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....  
 หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นแบบลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้า จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับรองขอในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย  
 ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)



## หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
 เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....  
 หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
 เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....  
 หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....เบี้ยความพิการ..... แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือ เสียชีวิตแล้ว”  
 จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย  
 ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)