



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักการคลัง (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง โทร. ๐ ๒๒๒๔ ๔๖๘๑ หรือโทร ๑๖๖๑ โทรสาร ๐ ๒๒๒๖ ๖๒๓๖)

ที่ กท ๑๓๐๕/๒๑๓๑๕

วันที่ - ๒ พ.ค. ๒๕๕๗

เรื่อง การกำหนดแบบพิมพ์ที่ใช้ในการปฏิบัติตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การนำส่งเงิน และการตรวจเงิน พ.ศ. ๒๕๕๕

เรียน รองปลัดกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนัก หัวหน้าสำนักงาน ก.ก. หัวหน้าผู้ตรวจราชการกรุงเทพมหานคร ผู้ช่วยปลัดกรุงเทพมหานคร เลขานุการสภากรุงเทพมหานคร เลขานุการผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการเขต หัวหน้าส่วนราชการในสังกัดสำนักปลัดกรุงเทพมหานคร และผู้อำนวยการสำนักงาน การพาณิชย์ของกรุงเทพมหานคร

พร้อมนี้ สำนักการคลังขอส่งสำเนาหนังสือสำนักการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กท ๑๓๐๕/๒๑๓๑๕ ลงวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๗ พร้อมแบบพิมพ์ที่ใช้ในการปฏิบัติตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การนำส่งเงิน และการตรวจเงิน พ.ศ. ๒๕๕๕ จำนวน ๑๒ แบบ (ตามที่แนบ) มาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ช

(นางสาวธัญลักษณ์ ธรรมะคำ)

ผู้อำนวยการสำนักการคลัง



ด่วนที่สุด

ฝ่ายเลขานุการ กองกลาง สนป.
รับที่ สนค ๑๗๖
วันที่ ๒๒ เม.ย. ๒๕๕๗
เวลา ๑๗.๓๕ น.
บันทึกข้อความ

สำนักงานการคลังจับคืน วันที่ ๒๙ เม.ย. ๒๕๕๗
รองปลัดกรุงเทพมหานคร
รับที่ ๑๖๖๓
วันที่ ๒๒ เม.ย. ๒๕๕๗
เวลา ๑๕.๓๐ น.

ส่วนราชการ สำนักงานการคลัง (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง โทร. ๐ ๒๒๒๔ ๔๖๘๓ หรือโทร. ๑๖๖๓ โทรสาร ๐ ๒๒๒๖ ๖๓๓๖)

ที่ กท ๑๓๐๕/๒๑๑๕ วันที่ ๒๒ เม.ย. ๒๕๕๗

เรื่อง การกำหนดแบบพิมพ์ที่ใช้ในการปฏิบัติตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การนำส่งเงิน และการตรวจเงิน พ.ศ. ๒๕๕๕

เรียน ปลัดกรุงเทพมหานคร

๒๙ เม.ย. ๒๕๕๗
สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง สนค. รับที่ ๑๕.๐๐

ต้นเรื่อง ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครได้โปรดลงนามในระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การนำส่งเงิน และการตรวจเงิน พ.ศ. ๒๕๕๕ และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งมีผลใช้บังคับกับหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครแล้วตั้งแต่วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๕

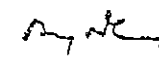
ข้อกฎหมาย ระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การนำส่งเงิน และการตรวจเงิน พ.ศ. ๒๕๕๕ กำหนดว่า

“ข้อ ๒ บรรดาแบบพิมพ์ แบบรายงานการเงิน เอกสาร สมุดบัญชี และทะเบียนต่าง ๆ ที่ใช้ในการเบิกจ่ายเงินและรายงานทางการเงิน ตลอดจนวิธีใช้ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานการคลังกำหนด”

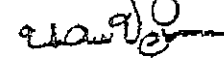
ข้อเท็จจริง คณะกรรมการพิจารณากฎหมาย กฎ ระเบียบ และหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่ของสำนักงานการคลังได้มีการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ ได้พิจารณาปรับปรุงแก้ไขแบบพิมพ์ที่ใช้ในการปฏิบัติตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน ฯลฯ พ.ศ. ๒๕๕๕ จำนวน ๑๒ แบบ เสร็จเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบ

ข้อพิจารณาและเสนอแนะ สำนักงานการคลังได้พิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อให้การปฏิบัติงานเบิกจ่ายเงินของกรุงเทพมหานครเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง และเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงเห็นควร เวียนแจ้งแบบพิมพ์ฯ จำนวน ๑๒ แบบ ดังกล่าวข้างต้น ให้หน่วยงานของกรุงเทพมหานครทราบและถือปฏิบัติแบบพิมพ์ที่ใช้ในการปฏิบัติตามระเบียบฯ ดังกล่าว

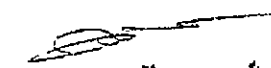
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดสั่งการเพื่อสำนักงานการคลังจะได้ดำเนินการต่อไป


(นายคณฤฎา ศิริพันธุ์)
รองผู้อำนวยการสำนักงานการคลัง
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานการคลัง

เห็นชอบ - คำพิพากษาตามเสนอ


(นางวิมลมาศ ชลิตานนท์)

รองปลัดกรุงเทพมหานคร
๒๕ เม.ย. ๕๗


(นายคณฤฎา ศิริพันธุ์)
รองปลัดกรุงเทพมหานคร
๒๒ เม.ย. ๒๕๕๗

งบรายละเอียดเอกสารประกอบการขอเบิก

ฝ่าย..... สำนักงานเขต

กอง/สำนักงาน..... สำนัก.....

ใบขอเบิก..... ที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

หมวด..... (รายการ) ค่า.....

จำนวนเงิน.....บาท.....สตางค์ (.....)

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน		รวมเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	บาท	สต.	
รวม (ฉบับ)						
		รวมเป็นเงิน				

จำนวนเงินขอเบิก.....บาท (.....ตัวอักษร.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

คำอธิบาย

- ลำดับที่ : ให้ระบุลำดับที่ของเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบเอกสารประกอบการขอเบิกให้ครบถ้วนทั้ง ๕ ข้อ (ข้อ ๘๒ (๑)-(๕) แห่งระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การนำส่งเงิน และการตรวจเงิน พ.ศ. ๒๕๕๕) โดยใส่ลำดับเอกสารที่ต่อเนื่องกัน
- รวม (ฉบับ) : ให้ระบุจำนวนเอกสารรวมทั้งสิ้นในชุดเอกสารที่ประกอบการขอเบิก

แบบการเบิกจ่ายเงินค่าจ้างประจำ

ประจำเดือน พ.ศ.

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....สำนักงาน.....
 กอง/สำนักงาน.....สำนักงาน.....
 ภูมิภาค...../.....มีจำนวน.....แผ่น
 แผ่นที่.....

ที่	ตำแหน่ง	เลขที่	ชื่อ - สกุล	อัตรา ค่าจ้าง	จำนวนเงิน ขอเบิก	เงินเห็นการครอง ชี้แจงตรวจ คม ระเบียบ กระทรวงการคลัง	เงินช่วยเหลือค่า ครองชีพตาม ข้อบัญญัติกทม.	รวม เงินได้	ภาษี เงินได้	จ่ายจริง	ลงชื่อ	หมายเหตุ
รวมเป็นเงิน												

ได้จ่ายเงินตามรายการนี้จริง

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 ลงชื่อ พยาน
 (.....)
 ลงชื่อ พยาน
 (.....)

จำนวนเงินขอเบิก บาท (.....คำอภัยร.....)
 ลงชื่อ ผู้เบิก
 (.....)

แบบการเบิกจ่ายเงินเดือนข้าราชการ

ประจำเดือน..... พ.ศ.....

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....

กอง/สำนักงาน.....สำนัก.....

มีวันที่...../.....มีจำนวน.....แผ่น

ที่	ตำแหน่ง	ระดับ	เลขที่	ชื่อ - สกุล	อัตรา เงินเดือน	จำนวนเงิน ขอเบิก	เงินเพิ่มการครองชีพ ชั่วคราวตามระเบียบ กระทรวงการคลัง	เงินช่วยเหลือ ค่าครองชีพ ตามข้อบัญญัติ กทม.	รวม เงินได้	ภาษี เงินได้	จ่ายจริง	ลงชื่อ	หมายเหตุ
รวมเป็นเงิน													

แผ่นที่.....

จำนวนเงินขอเบิกบาท (.....ตัวอักษร.....)

ได้จ่ายเงินตามรายการนี้จริง

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ ผู้เบิก
(.....)

แบบแจ้งการตกเบิกเงินเดือนข้าราชการที่เบิกย้อนหลัง ประจำปี พ.ศ.

ของข้าราชการกรุงเทพมหานคร

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....
 กอง/สำนักงาน.....สำนัก.....
 ภูมิภาคที่..... / มีจำนวน.....แผ่น

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ระดับ	เลขประจำ ตำแหน่ง	อัตราเดิม	อัตราใหม่	เดือนล	เบิกตั้งแต่ - ถึง	รวมเงิน เบิกเพิ่ม	ภาษี เงินได้	จ่ายจริง	ลงชื่อ	หมายเหตุ
รวมเป็นเงิน													

ได้จ่ายเงินตามรายการนี้จริง

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

จำนวนเงินขอเบิก.....บาท (.....ตัวอักษร.....)

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

แบบแจ้งการตกเบิกเงินเดือนข้าราชการที่ย้อนหลัง ประจำปี พ.ศ.
 ของข้าราชการกรุงเทพมหานคร

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....สำนักงานเขต.....
 กอง/สำนักงาน.....สำนักงาน.....
 ภูิกษาที่..... /มีจำนวน.....แผน

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ระดับ	เลขประจำตำแหน่ง	อัตราเดิม	อัตราใหม่	เดือนละ	เบิกตั้งแต่ - ถึง	รวมเงินเบิกเพิ่ม	ภาษีเงินได้	จ่ายจริง	ลงชื่อ	หมายเหตุ
				รวมเป็นเงิน									

ได้จ่ายเงินตามรายการนี้จริง

จำนวนเงินขอเบิก.....บาท (.....ตัวอักษร.....) ผู้จ่ายเงิน

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)
 ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

แผนที.....

แบบใบสำคัญจ่ายเงินสมทบเงินประกันสังคม ส่วนของลูกจ้าง

ประจำเดือน..... พ.ศ.

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....

กอง/สำนักงาน.....สำนักงาน.....

ภูมิภาคที่...../.....มีจำนวน.....แผ่น

แผ่นที่.....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตราค่าจ้าง	จำนวนเงิน (เงิน ปกส. หักไว้)	ค่าจ้าง จ่ายจริง	เงิน ปกส. นำส่ง	เงิน ปกส. เหลือจ่าย คืนผู้ประกันตน	ลงชื่อผู้รับเงิน	หมายเหตุ
รวมเป็นเงิน									

จำนวนเงิน.....บาท (.....ตัวอักษร.....)

ได้จ่ายเงินตามรายการนี้จริง

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ใบรับรองการจ่ายเงิน

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....

กอง/สำนักงาน.....สำนัก.....

ลำดับที่	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน	รวมเงิน
รวมเป็นเงิน			

จำนวนเงิน.....บาท (.....-ตัวอักษร.....)

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายจ่ายที่กล่าวไว้ข้างบนนี้
- ได้รับใบเสร็จรับเงินอันมีรายการไม่ครบถ้วน (ตามที่แนบ)
 - ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้
 - ใบเสร็จรับเงินสูญหายและไม่อาจขอสำเนาใบเสร็จรับเงินใบจริงได้ หากพบในภายหลังจะไม่นำมาเบิกอีก

และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

อนุมัติ

ลงชื่อ หัวหน้าหน่วยงาน
(.....)

บันทึกการส่งและรับมอบเงิน

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....

กอง/สำนักงาน.....สำนัก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าผู้มีชื่อข้างท้ายนี้ได้ส่งมอบเงินค่า.....

.....จำนวนเงิน.....บาท.....สตางค์

(.....) ซึ่งได้รับมาตาม

เงินสด

ใบถอนเงินฝากธนาคาร.....

เช็คธนาคาร.....เลขที่.....

โดยได้ส่งมอบให้กับ

๑.ตำแหน่ง.....

๒.ตำแหน่ง.....

๓.ตำแหน่ง.....

และทั้งสองฝ่ายได้ทำการตรวจนับในวันนี้เป็นการถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ส่งมอบ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ส่งมอบ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ส่งมอบ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบ
(.....)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินการรักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาล ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินการรักษาพยาบาล ตามที่พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท(.....)

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2).....ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่การรักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
4.เสนอ.....

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก
ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และขอความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติเบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ไปรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ว่างถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ให้มีคำสั่งชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตาม
พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาล
ตามสัญญาประกันภัย

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....
2. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ..... <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการกรุงเทพมหานครหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง..... สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ / หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง..... สังกัด.....
3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก <input type="checkbox"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย <input type="checkbox"/> เป็นมารดา
4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ (1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน 1) บุตรชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 2) บุตรชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 3) บุตรชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท
(.....) ก

6. เสนอ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ข

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร และข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง

บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว

คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์กรอิสระ องค์กรมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

8. ใบบริเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก ให้ระบุงการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบเท่ากับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ข ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

หนังสือมอบอำนาจ

ปี
อากร
แถมปี

เขียนที่

วันที่

เดือน

พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

อายุ

ปี

เชื้อชาติ

สัญชาติ

อยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่

ซอย

ถนน

ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต

จังหวัด

ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพัน

สำนักงานตั้งอยู่ที่

ถนน

ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต

จังหวัด

โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้

อายุ

ปี เชื้อชาติ

สัญชาติ

อยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่

ซอย

ถนน

ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต

จังหวัด

เป็นผู้มีอำนาจทำการแทนข้าพเจ้า

1.

2.

3.

4.

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ)

ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)

ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจจริง

(ลงชื่อ)

พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)

พยาน

(.....)

บัตรประจำตัวมอบอำนาจ

เลขที่

วันออกบัตร

วันหมดอายุ

ไปรษณีย์