



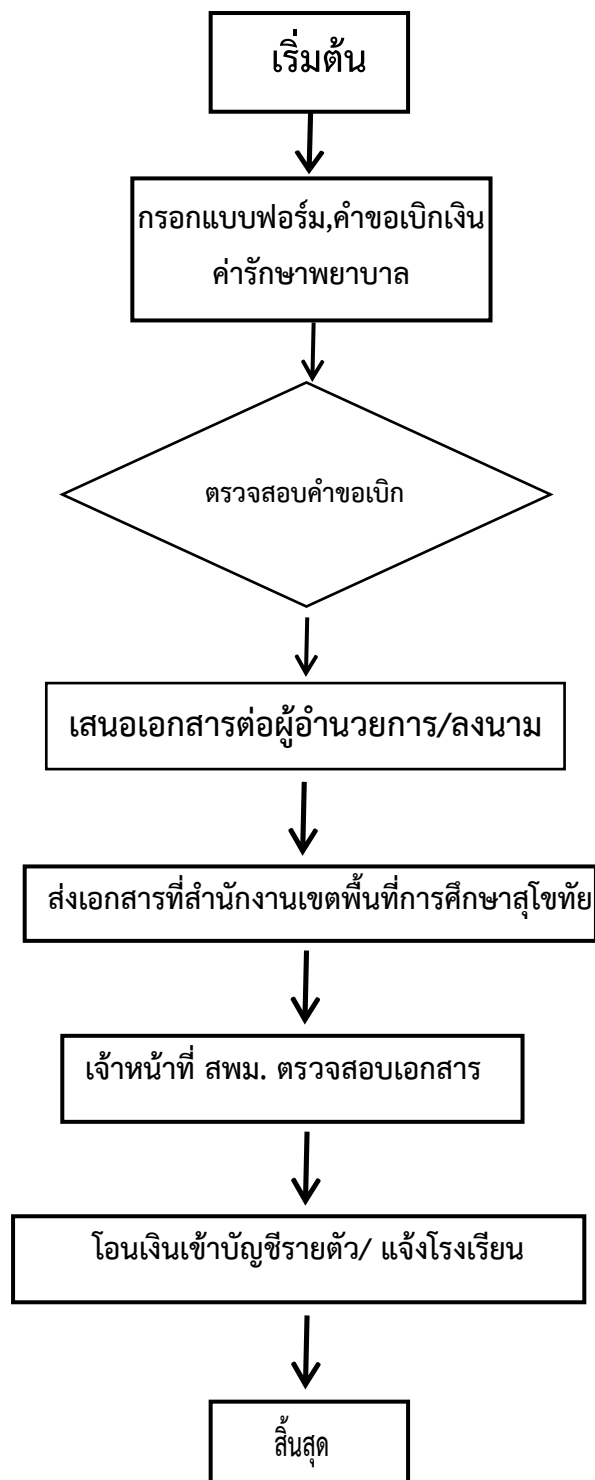
# คู่มือการเบิก-จ่าย

คำรักษาพยาบาลและคำการศึกษาบุตร



โรงเรียนสวรรค์อนันต์วิทยา  
อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย  
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุโขทัย

## ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล



## 1. ชื่องาน

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

## 2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุโขทัย เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง เป็นระบบตามขั้นตอนที่ระเบียบกำหนด

## 3. ขอบเขตของงาน

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 และหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 รวมถึงหนังสือเวียนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

## 4. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

### 1. จัดทำคำขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. หนังสือราชการจากโรงเรียน
2. งบหน้าใบสำคัญ (แบบ 7136)
3. ใบขอเบิกค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)
4. ใบเสร็จรับเงินของโรงพยาบาล (ทุกแผ่นที่โรงพยาบาลให้มา)
5. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว

## ข้าราชการบำนาญ

### เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. ใบขอเบิกค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)
2. ใบเสร็จรับเงินของโรงพยาบาล (ทุกแผ่นที่โรงพยาบาลให้มา)
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว
2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอเบิก/สิทธิการเบิกตามระเบียบเอกสารขอเบิกไม่ถูกต้อง  
ส่งคืนให้ผู้ขอเบิกแก้ไข เอกสารขอเบิกถูกต้องครบถ้วน
  - 2.1. ผู้ขอเบิกรับบัตรคิว รอรับเงิน
  - 2.2. ผู้ขอเบิกลงชื่อในสมุดจ่ายเงิน / รับเงิน
3. เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสาร / จัดทำงบบัญชีรายการขอเบิก (งบตั้งฎีกา)
4. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเสนอเอกสารผ่านหัวหน้างาน, ผอ.กลุ่มฯ, ผอ.สพท. เพื่ออนุมัติ
5. เจ้าหน้าที่ยื่นเอกสารที่ผ่านการอนุมัติแล้ว เบิกเงินในระบบ GFMIS
6. เจ้าหน้าที่บันทึกรายการเบิกในทะเบียนคุมเอกสารการ

แบบเอกสารแสดงความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว

| ลำดับ | ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ                                                                                                                                                                                                                                                                                          | แบบหลักฐาน                                                                                                                                                             |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | เบิกให้ตนเอง                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ไม่ต้องแนบ                                                                                                                                                             |
| 2     | เบิกให้มารดา                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1. สำเนาทะเบียนบ้านของข้าราชการผู้ใช้สิทธิ์                                                                                                                            |
| 3     | เบิกให้บิดา                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1. สำเนาทะเบียนบ้านของข้าราชการผู้ใช้สิทธิ์<br>2. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ ใบหย่าของบิดา (กรณีหย่า)<br>ถ้าไม่มี แนบสำเนาหนังสือจดทะเบียนรับรองบุตร                 |
| 4     | เบิกให้คู่สมรส                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1. สำเนาทะเบียนสมรส                                                                                                                                                    |
| 5     | ข้าราชการฝ่ายหญิงเบิกให้บุตร<br>กรณีฝ่ายหญิงไม่ได้จดทะเบียนสมรส<br>หรือกรณีคู่สมรสฝ่ายชายไม่เป็นข้าราชการ                                                                                                                                                                                                       | 1. สำเนาทะเบียนบ้านบุตร หรือ สำเนาสูติบัตรของบุตร                                                                                                                      |
| 6     | ข้าราชการฝ่ายหญิงเบิกให้บุตร<br>และคู่สมรสฝ่ายชายเป็นข้าราชการ<br>ให้คู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ใช้สิทธิ์<br>เบิกแต่เพียงฝ่ายเดียว<br>กรณีคู่สมรสอยู่ต่างสังกัด ให้ ร.ร.<br>แจ้งการใช้สิทธิ์เบิกเงินสวัสดิการให้<br>ส่วนราชการเจ้าสังกัดของคู่สมรสอีกฝ่าย<br>ได้ทราบและตอบรับตามแบบที่กระทรวง<br>การคลังกำหนด | 1. สำเนาทะเบียนบ้านบุตร หรือ สำเนาสูติบัตรของบุตร<br><br>2. สำเนาหนังสือแจ้งการใช้สิทธิ์ และ สำเนาหนังสือตอบรับ<br>การแจ้งการใช้สิทธิ์ จากหน่วยงานของคู่สมรส           |
| 7     | ข้าราชการฝ่ายชายเบิกให้บุตร                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1. สำเนาทะเบียนบ้านบุตร หรือ สำเนาสูติบัตรของบุตร<br>2. สำเนาทะเบียนสมรสของตนเอง<br>หรือ สำเนาใบหย่า (กรณีหย่า)<br>3. ถ้าไม่ได้สมรส ใช้สำเนาหนังสือจดทะเบียนรับรองบุตร |

งบใบสำคัญเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
 ประกอบคำขอเบิกที่.....

| ใบสำคัญ | รายการ | จำนวนเงิน |  | รวมเงิน |  | หมายเหตุ |
|---------|--------|-----------|--|---------|--|----------|
|         |        |           |  |         |  |          |
|         |        |           |  |         |  |          |
|         |        |           |  | รวม     |  |          |

ลงชื่อ.....ผู้เบิก  
 (.....)

ตัวอย่าง แบบ 7131

โอนเข้าบัญชี ธ.กรุงไทย สาขา..... เลขที่บัญชี..... โทรศัพท์.....

แบบ 7131

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง □ หรือทำเครื่องหมาย X ถ้าจำเป็น

|    |                                                                                                                                                                                   |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. | ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....                                                                                                                                         |  |
|    | สังกัด.....                                                                                                                                                                       |  |
| 2. | ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ                                                                                                                                                       |  |
|    | <input type="checkbox"/> ตนเอง                                                                                                                                                    |  |
|    | <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....                                                                                                           |  |
|    | <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....                                                                                                              |  |
|    | <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....                                                                                                             |  |
|    | <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....                                                                                                              |  |
|    | เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....                                                                                                                                              |  |
|    | <input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ก</span> |  |
|    | ป่วยเป็นโรค.....                                                                                                                                                                  |  |
|    | และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....                                                                                                                          |  |
|    | ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....                                                         |  |
|    | เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท(..... )                                                                                                                                               |  |
|    | ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ                                                                                                                                            |  |
| 3. | ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล                                                                                      |  |
|    | <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น                                                                    |  |
|    | <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย                                                                                                                     |  |
|    | เป็นเงิน.....บาท (.....) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">จ</span> และ                                                                                        |  |
|    | (1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น                                                                                               |  |
|    | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ                                                                                   |  |
|    | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย                                                                                                             |  |
|    | <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว                                                                                             |  |
|    | <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 0 auto;">ค</div>                                                                      |  |
|    | (2) ..... <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น                                                                                                  |  |
|    | ของข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น                                                                                                   |  |
|    | แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา                                                                                                                            |  |
|    | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย                                                                                                             |  |
|    | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น                                                                              |  |



4. เสนอ .....

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก  
ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
(.....)  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..... บาท  
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....  
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / ทิพาภษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิที่ยังใดและขาดอยู่ที่ใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ  
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่ที่ใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญา ประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง

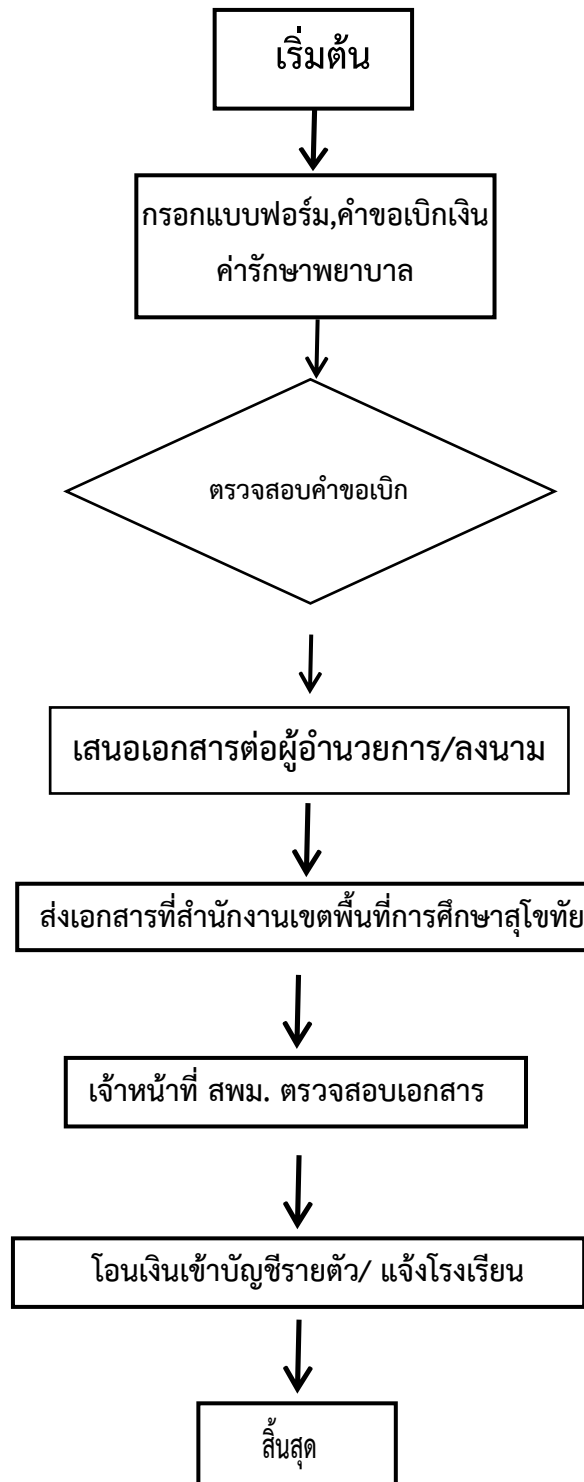
ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



คำอธิบายขั้นตอนการกรอกแบบฟอร์มใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131)

1. ชื่อ — นามสกุล/ตำแหน่ง/สังกัดของผู้ขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
2. ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องว่าง ☐ ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิตามใบเสร็จรับเงิน
  - 2.1 กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลของบิดา/มารดา/คู่สมรส/บุตร ให้ระบุสาระสำคัญ  
ชื่อ - นามสกุล - เลขประจำตัวบุตร ให้กรอกข้อมูล ชื่อ — นามสกุล/เกิดเมื่อ/เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) /  
(มารดา)/ยังไม่บรรลุนิติภาวะ/เป็นบุตรไร้ความสามารถ
  - 2.2 ระบุโรคที่รักษา
  - 2.3 ระบุชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา
  - 2.4 ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องว่าง ☐ หนี้สถานพยาบาลทางราชการ/หรือเอกชน
  - 2.5 ตั้งแต่วันที่ ถึง วันที่สิ้นสุดที่ทำการเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
  - 2.6 ระบุตัวเลขเงินรวมเป็นเงินทั้งสิ้น (โดยคิดจากยอดเงินรวมทั้งหมดที่ทำการรักษา) จำนวนรวมทั้งสิ้นก็ฉบับที่ขอเบิก
  - 2.7 ตามใบเสร็จรับเงินตามจำนวนที่แนบ (ฉบับ)
3. ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
  - 3.1 ให้ทำเครื่องหมาย ☐ ในช่องสิทธิของผู้รับสิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
4. ฝ่ายการเงินเสนอผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติ
  - 4.1 ผู้ขอรับเงินสวัสดิการลงลายมือชื่อและเขียนชื่อ - นามสกุลตัวบรรจง
  - 4.2 วัน/เดือน/ปี ที่ขอรับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
5. ผู้มีอำนาจลงนามอนุมัติลงลายมือชื่อและเขียนชื่อ - นามสกุลตัวบรรจงพร้อมทั้งตำแหน่ง
6. ให้ผู้มีสิทธิรับเงินเขียนจำนวนเงินที่ได้รับ ลงลายมือชื่อและเขียนชื่อ — นามสกุลตัวบรรจง
7. ให้ผู้รับเงินลงลายมือชื่อและเขียนชื่อ — นามสกุลตัวบรรจง
8. ให้ผู้รับจ่ายเงินลงลายมือชื่อและเขียนชื่อ — นามสกุลตัวบรรจง
9. ลงวันที่จ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

## ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่าการศึกษาบุตร



## 1. ชื่องาน

การเบิกจ่ายค่าการศึกษาบุตร

## 2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การเบิกจ่ายค่าการศึกษาบุตรของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุโขทัย

เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง เป็นระบบตามขั้นตอนที่ระเบียบกำหนด

## 3. ขอบเขตของงาน

การเบิกจ่ายค่าการศึกษาบุตร เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย ประเพณีและอัตรา

เงินบำรุงการศึกษาและค่าเล่าเรียน รวมถึงหนังสือเรียนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

## 4. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

### 1. จัดทำคำขอเบิกเงินค่าการศึกษาบุตรข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. หนังสือราชการจากโรงเรียน
2. งบหน้าใบสำคัญ (แบบ 7222)
3. ใบขอเบิกค่าการศึกษาบุตร (แบบ 7223)
4. ใบเสร็จรับเงินของโรงเรียน
5. ประกาศการเก็บค่าธรรมเนียมของโรงเรียน
5. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของบุตร

## ข้าราชการบำนาญ

### เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. ใบขอเบิกค่าการศึกษาบุตร (แบบ 7223)
2. ใบเสร็จรับเงินของโรงเรียน
3. ประกาศการเก็บค่าธรรมเนียมของโรงเรียน
4. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของบุตร

### 2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอเบิก/สิทธิการเบิกตามระเบียบเอกสารขอเบิกไม่ถูกต้อง

ส่งคืนให้ผู้ขอเบิกแก้ไข เอกสารขอเบิกถูกต้องครบถ้วน

- 2.1. ผู้ขอเบิกรับบัตรคิว รอรับเงิน
- 2.2. ผู้ขอเบิกลงชื่อในสมุดจ่ายเงิน / รับเงิน

### 3. เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสาร / จัดทำงบหน้ารายการขอเบิก (งบตั้งฎีกา)

#### 4. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเสนอเอกสารผ่านหัวหน้างาน, ผอ.กลุ่มฯ, ผอ.สพท. เพื่ออนุมัติ

### 5. เจ้าหน้าที่นำเอกสารที่ผ่านการอนุมัติแล้ว เบิกเงินในระบบ GFMS

### 6. เจ้าหน้าที่บันทึกรายการเบิกในทะเบียนคุมเอกสารการวางเบิก

แบบเอกสารแสดงความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว

| ลำดับ | ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ                                                                                                                                                                                                                                                                                        | แบบหลักฐาน                                                                                                                                                                        |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | ข้าราชการฝ่ายหญิงเบิกให้บุตร<br>กรณีฝ่ายหญิงไม่ได้จดทะเบียนสมรส<br>หรือกรณีคู่สมรสฝ่ายชายไม่เป็น<br>ข้าราชการ                                                                                                                                                                                                 | 1. สำเนาทะเบียนบ้านบุตร หรือ สำเนาสูติบัตรของบุตร                                                                                                                                 |
| 2     | ข้าราชการฝ่ายหญิงเบิกให้บุตร<br>และคู่สมรสฝ่ายชายเป็นข้าราชการ<br>ให้คู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ใช้สิทธิ<br>เบิกแต่เพียงฝ่ายเดียว<br>กรณีคู่สมรสอยู่ต่างสังกัด ให้ ร.ร.<br>แจ้งการใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการให้<br>ส่วนราชการเจ้าสังกัดของคู่สมรสอีกฝ่าย<br>ได้ทราบและตอบรับตามแบบที่กระทรวง<br>การคลังกำหนด | 1. สำเนาทะเบียนบ้านบุตร หรือ สำเนาสูติบัตรของบุตร<br><br>2. สำเนาหนังสือแจ้งการใช้สิทธิ และ สำเนาหนังสือตอบรับ<br>การแจ้งการใช้สิทธิ จากหน่วยงานของคู่สมรส                        |
| 3     | ข้าราชการฝ่ายชายเบิกให้บุตร                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1. สำเนาทะเบียนบ้านบุตร หรือ สำเนาสูติบัตรของบุตร<br><br>2. สำเนาทะเบียนสมรสของตนเอง<br><br>หรือ สำเนาใบหย่า(กรณีหย่า)<br><br>3. ถ้าไม่ได้สมรส ใช้สำเนาหนังสือจดทะเบียนรับรองบุตร |

\*\*\* ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิที่จะเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ต้องแนบเอกสารที่ใช้ประกอบการเบิกข้างต้น  
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง\*\*\*



ตัวอย่าง แบบ 7223

แบบ 7223

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

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

2. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ.....  
☐ ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ  
☐ เป็นข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....  
☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างใน รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น  
☐ กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด  
ตำแหน่ง.....สังกัด.....

3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก  
☐ เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย  
☐ เป็นมารดา

4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (1) เงินบำรุงการศึกษา | (2) เงินค่าเล่าเรียน |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| 1) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....<br>เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....<br>(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....<br>ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....<br>สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....<br>ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/><br>(2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท |                       |                      |
| 2) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....<br>เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....<br>(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....<br>ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....<br>สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....<br>ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/><br>(2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท |                       |                      |
| 3) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....<br>เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....<br>(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....<br>ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....<br>สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....<br>ชั้นที่ศึกษา.....(1) <input type="checkbox"/><br>(2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท |                       |                      |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. | ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท<br/>         (.....)         </div> </div> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-left: auto; margin-top: -20px;">ก</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 6. | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;">         เสนอ.....       </div> <div style="width: 50%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center; margin: 0 auto;">ข</div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรและข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง<br/> <input type="checkbox"/> บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร<br/> <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว<br/> <input type="checkbox"/> คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท<br/> <div style="margin-top: 10px;">           ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก<br/>           (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ<br/>           (.....)<br/>           วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....         </div> </div> </div> </div> |
| 7. | คำอนุมัติ<br><div style="text-align: center; margin-top: 10px;">อนุมัติให้เบิกได้</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">         (ลงชื่อ).....<br/>         (.....)<br/>         ตำแหน่ง.....       </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 8. | ใบรับเงิน<br><div style="text-align: center; margin-top: 10px;">ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท<br/>         (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">         (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน<br/>         (.....)<br/>         (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน<br/>         (.....)<br/>         วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....       </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

คำชี้แจง

- ก

ให้ระบุงการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
- ข

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

