

## หลักฐานที่ใช้ประกอบการขอเบิกเงินสวัสดิการ

### ค่าเช่าบ้าน ค่ารักษาพยาบาล ค่าเล่าเรียนบุตร และเงินช่วยเหลือพนักงานกรณีออกจากงาน

#### ๑. ค่าเช่าบ้าน

- ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าบ้าน/ค่าเช่าซื้อ (เอกสารที่ ๑)

#### ๒. ค่ารักษาพยาบาล

##### ๒.๑ ค่ารักษาทั่วไป

- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษา (เอกสารที่ ๒)
- ใบรับรองแพทย์ (เอกสารที่ ๓)
- ใบรับรองการใช้นายกัญชยาหลักแห่งชาติ (ในกรณีที่มีการใช้นายกัญชยา) (เอกสารที่ ๔)
- ใบแจ้งรายการตรวจและรหัสการตรวจ (ในกรณีที่มีการตรวจวินิจฉัย) (เอกสารที่ ๕)
- ใบรับรอง/บันทึกข้อความจากสถานพยาบาลตามสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ขอเบิก ที่รับรองการเข้ารับการรักษาและมีค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากสิทธิขั้นพื้นฐานของตนเอง (เอกสารที่ ๖)

##### ๒.๒ ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

- ใบเสร็จรับเงินค่าตรวจ (เอกสารที่ ๗)
- ใบรับรองรายการเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี (เอกสารที่ ๘)
- ใบประกอบการเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี (เอกสารที่ ๙)

##### ๒.๓ ค่าทำฟัน

- ใบเสร็จรับเงินค่าทำฟัน (เอกสารที่ ๑๐)
- คำสั่งประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย (ค่าทำฟัน) (เอกสารที่ ๑๑)
- สำเนาคำสั่งประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย (ค่าทำฟัน) (ในกรณีที่ใช้สิทธิในปีนั้นๆ ครบแล้ว เพื่อที่จะสามารถขอเบิกจากกองทุนสวัสดิการพนักงานฯ ได้เต็มจำนวนแต่ไม่เกินสิทธิราชการ) (เอกสารที่ ๑๒)

#### ๓. ค่าเล่าเรียนบุตร

- ใบเสร็จรับเงินค่าเล่าเรียน (เอกสารที่ ๑๓)
- ใบรับรองการเบิกเงินค่าเล่าเรียนบุตรของสถานศึกษา (เอกสารที่ ๑๔)

#### ๔. เงินช่วยเหลือพนักงานประจำกรณีออกจากงาน

- สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคารชื่อบัญชีผู้ขอเบิก (ธนาคารออมสิน, ธนาคารไทยพาณิชย์, ธนาคารกสิกรไทย และธนาคารกรุงไทย) (เอกสารที่ ๑๕)

**หมายเหตุ :** การขอเบิกเงินสวัสดิการทุกประเภท ต้องแนบสำเนาสมุดคู่ฝากธนาคารชื่อบัญชีผู้ขอเบิก (ธนาคารออมสิน, ธนาคารไทย-พาณิชย์, ธนาคารกสิกรไทยและธนาคารกรุงไทย) ทุกครั้ง เนื่องจากจะมีการโอนเงินค่าสวัสดิการเข้าบัญชีผู้ขอเบิกโดยตรง

# เอกสารที่ ๑



**ธนาคารกรุงไทย**  
KRUNGTHAI BANK

35 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10110  
หมายเลขบัญชี 010783700882

**ใบแจ้งรับเงินชำระหนี้เงินกู้**

เลขที่ใบแจ้งรับเงิน **000847-1972/013265**  
ได้รับเงินจาก **[REDACTED]**  
บัญชีเงินฝาก **[REDACTED]**  
สาขา **สาทรพหลโยธิน**  
ข้ามโดยการทำบัญชี/วงเงิน **5471919214 / Auto-Payment**  
ประเภทเงิน **1372 เงินฝากในนามลูกค้า (ใหม่)**

วันที่รับชำระ **01/12/2557**  
สกุลเงิน **THB**

สรุปยอดคงเหลือหนี้ชำระ	จำนวนเงิน	รายละเอียดการชำระหนี้เงินกู้	จำนวนเงิน
จำนวนหนี้เงิน	240,884.70	จำนวนหนี้เงิน	8,148.08
ดอกเบี้ย	0.00	ดอกเบี้ย	1,350.92
ดอกเบี้ยปรับ	0.00	ดอกเบี้ยปรับ	0.00
ค่าธรรมเนียม / เบื้องต้น	0.00	ค่าธรรมเนียม / เบื้องต้น	0.00
		รวมจำนวนหนี้ชำระ	9,500.00

**ใบแจ้งหนี้ที่ส่งออกไป**

วันที่	จำนวนเงิน	จำนวนเงินคงเหลือ	จำนวนเงิน
14/01/2557	1,400,000.00	จำนวนเงินคงเหลือ	240,884.70
ปิดรายการบัญชี ณ ปัจจุบัน			8,000.00
ดอกเบี้ย			8,391.87
ดอกเบี้ย (คำนวณถึงสุด ณ วันที่ 28/12/2557)			1,108.73
ดอกเบี้ยปรับ (คำนวณถึงสุด ณ วันที่ 28/12/2557)			0.00
ค่าธรรมเนียม / เบื้องต้น (คำนวณถึงสุด ณ วันที่ 28/12/2557)			0.00
รวมเงินที่ส่งออกไป			9,500.00
วันที่ชำระหนี้ที่ส่งไป			28/12/2557

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจำนวนเงินที่ปรากฏเป็นต้นฉบับข้างต้นเป็นจริงตามที่ปรากฏอยู่จริง และข้าพเจ้าขอรับรองว่าจำนวนเงินที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ดังกล่าวเป็นจำนวนเงินที่ถูกต้องตามที่ปรากฏอยู่จริง และข้าพเจ้าขอรับรองว่าจำนวนเงินที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ดังกล่าวเป็นจำนวนเงินที่ถูกต้องตามที่ปรากฏอยู่จริง และข้าพเจ้าขอรับรองว่าจำนวนเงินที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ดังกล่าวเป็นจำนวนเงินที่ถูกต้องตามที่ปรากฏอยู่จริง

บรรณนันทารักษ์  
(เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยระบบบริการทางการเงิน ใช้เป็นหลักฐานในด้านกฎหมายโดยไม่ก่อผลใดๆ ต่อผู้รับเงิน)

หากมีข้อสงสัยหรือข้อผิดพลาดใดๆ กรุณาติดต่อสาขาใกล้เคียงหรือสาขาที่ดำเนินการรายการนี้ทันที

# เอกสารที่ ๒



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Chiang Mai University

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Faculty of Medicine, Chiang Mai University

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital  
110 ถนนอินทวโรสุ เชียงใหม่ 50200  
110 Intawaroros Rd, Chiang Mai 50200  
โทรศัพท์ (053) 945671-2  
Tel.  
โทรสาร (053) 946572  
Fax. 18 สิงหาคม 2557 เวลา 12:44

วันที่  
Date

ได้รับเงินจาก  
Received from

เลขที่โรงพยาบาล  
Hospital identification number  
ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว  
Verified by

ลงชื่อ  
Signature

ผู้รับเงิน  
Cashier

ตำแหน่ง  
Position

เจ้าหน้าที่การเงิน  
Finance official

ถ้าชำระด้วยเช็ค ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้รับเงินตามเช็คนั้นเรียบร้อยแล้ว  
If the payments were made by cheque this receipt will be valid only when the cheque is cleared

No. of Document

ลำดับเอกสาร 56- 0384899

\*\*แนบพินิจพร้อมเกล้าสิบแปดบาทถ้วน\*\*

ใบเสร็จรับเงิน  
RECEIPT

เลขที่  
No.

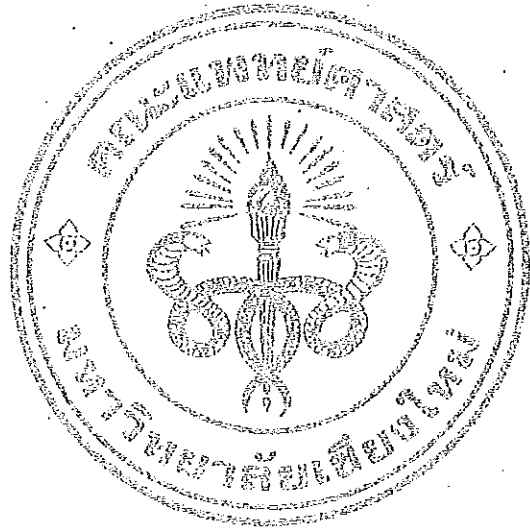
รต:57-416803

ลำดับที่ รายการ Description

Amount(ThaiBaht) ราคา (บาท)

1. ค่ารักษาพยาบาล

8,798.00



) รวมเงิน  
Total

8,798.00

# เอกสารที่ ๓



เล่มที่ 67.16.

เลขที่ 21

## ใบรับรองแพทย์ ผู้ป่วยประกันสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วันที่ 18 เดือน ๙-๑ พ.ศ. ๕7

ข้าพเจ้า.....  
ใบอนุญาตประกอบอาชีพเวชกรรมเลขที่..... ได้ทำการตรวจสอบร่างกายของ  
นาย/นาง/นางสาว..... เลขที่โรงพยาบาล.....  
พนักงานบริษัท/ ห.จ.ก.....  
ประเภทผู้ป่วย ( ) นอก ( / ) ใน เข้ารับการรักษาในกรณี ( ) ถูกเจ็บ ( / ) ไม่ถูกเจ็บ  
เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....  
ปรากฏว่าป่วยเป็นโรค.....  
มีอาการ.....  
วิธีการรักษา.....

### ความเห็นแพทย์

- ( ) ไม่มีความจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
- ( / ) ให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 9.๙.๕7 ถึงวันที่ ๑๙.๙.๕7
- ( / ) ให้พักรักษาตัวที่บ้านตั้งแต่วันที่ ๑๙.๙.๕7 ถึงวันที่ ๑๖.๑๐.๕7
- ( ) ไม่มีความจำเป็นต้องหยุดงาน
- ( ) ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือสภาวะของจิตใจของถาวร

(ลงชื่อ)..... แพทย์ผู้รักษา

(.....)



# เอกสารที่ ๕

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย \*\*รายการรักษาทั้งหมด\*\*

ชื่อผู้ป่วย ██████████

อายุ 82 ปี HN ██████████

TXN 907280137

ผู้จ่าย เบิกค่าใช้จ่ายเสร็จ(ข้าราชการ/อบท.)

พบการรักษาวินาที 12 รค. 2557

เวลา 00:45

ที่ห้องตรวจ OPD เบอร์ 9

\$

รายการ	จำนวน	จำนวนเงิน
ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ(ED1)	1,095.00 /	
NorVASC Tab. 10 MG.	30	1,095.00 /
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและพยาธิ(LI)	1,035.00	
(30101) CBC (Central Lab)	1	90.00
L1901 Chemistry (Clotted blood จุกแดง)	1	0.00
(32203) Glucose	1	40.00 /
(32201) BUN	1	50.00 /
(32202) Creatinine	1	50.00 /
(32102) Na	1	40.00 /
(32103) K	1	40.00 /
(32104) Cl	1	40.00 /
(32105) Total CO2	1	40.00 /
(32106) Ca	1	50.00 /
(32109) P	1	55.00 /
(32107) Mg	1	70.00 /
L07 Clinical Chemistry(Clotted Blood, ป้ายฟ้า จุกแดง)	1	0.00
(30304) SI	1	80.00 /
(30305) TIBC	1	80.00 /
(30306) Ferritin	1	310.00 /
ค่าบริการผู้ป่วยนอก	50.00	
ค่าบริการผู้ป่วยนอก	1	50.00

รวม

\*\*สองพันหนึ่งร้อยแปดสิบบาทถ้วน\*\*

2,180.00

ตามใบเสร็จเลขที่ รค.58-095171, รค.58-095891

เอกสารนี้ไม่ใช่ใบเสร็จรับเงิน

ลงชื่อ.....

(██████████)

เจ้าหน้าที่

# เอกสารที่ ๖



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน.....งานประกันสังคม โทร.๕๑๓/๖

ที่ ศธ ๖๓๙/๓(๔).๒/๔๖๔ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๗

เรื่อง แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาล

เรียน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

เนื่องด้วย [REDACTED] เลขที่โรงพยาบาล [REDACTED] เข้ารับการรักษ-  
พยาบาลที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๗ มีค่าใช้จ่ายนอกเหนือสิทธิ  
ประกันสังคม เป็นจำนวนเงิน ๔,๗๙๔.- บาท (แปดพันเจ็ดร้อยเก้าสิบบแปดบาทถ้วน)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พิจารณาแล้ว ไม่สามารถใช้สิทธิประกันสังคมได้ เนื่องจาก

### การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยซึ่งไม่มีสิทธิได้รับการทางการแพทย์

การเจ็บป่วยเกิดจากผู้ป่วยจงใจก่อให้เกิดขึ้น		การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
คลอดบุตร		การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
โรคหรือการให้สารเสพติด		การเปลี่ยนเพศ
การบำบัดทดแทนไต กรณีไตวายเรื้อรัง		การผสมเทียม
การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มี ข้อบ่งชี้		การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการ รักษาโรค
การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างค้นคว้าทดลอง		การบริการระหว่างการรักษาตัวแบบพักฟื้น
โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวใน โรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน ๑๔๐ วัน ใน ๑ ปี		ทันตกรรม ยกเว้น ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และใส่ฟันปลอมตามเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด
ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าบริการพิเศษ		แว่นตา
การรักษาภาวะมีบุตรยาก		
✓ อื่นๆ.....ค่ารักษาพยาบาลนอกเหนือสิทธิประกันสังคม		

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไป

( [REDACTED] )

รองผู้อำนวยการ ปฏิบัติการแทน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เอกสารที่ ๓



ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่... 235843...

คณะเทคนิคการแพทย์  
ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก  
ในราชการมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

4717

วันที่.....เดือน..... 3 พ.ย. 2557.....พ.ศ.....

ได้รับเงินจาก.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	780
ค่าตรวจสุขภาพประจำปี..... 859	
- ตรวจเลือด (ระดับน้ำตาล, ระดับไขมัน, การทำงานของตับ, ไทรอยด์)	
- ตรวจดูความเข้มข้นของเลือด/ปริมาณ/ชนิดของเม็ดเลือดขาว (L)	
- ตรวจปัสสาวะ/อุจจาระ	
รวมเงิน	780



ตัวอักษร(.....) - 140304104 (.....)

ผู้รับเงิน

ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก เป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ผู้มีสิทธิที่ได้รับการตรวจรักษาจากศูนย์ฯ สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการได้ ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0502/35254 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2535



# เอกสารที่ ๘

ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก  
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



โทรศัพท์.(053) 94-6027  
โทรสาร (053) 22-5177

## โปรดให้บริการ ตรวจสุขภาพประจำปี ทางห้องปฏิบัติการ แก่

ชื่อ-สกุล

[REDACTED]

### 1. ผู้มีสิทธิ์ที่มีอายุไม่เกิน 35 ปี บริบูรณ์

- 1.1 Chest X – Ray
- 1.2 Urine Examination
- 1.3 Stool Examination
- 1.4 Stool Occult Blood
- 1.5 CBC

### 2. ผู้มีสิทธิ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี บริบูรณ์

- 2.1 ตรวจรายการที่ 1.1 – 1.5
- 2.2 ตรวจเพิ่มรายการต่อไปนี้
  - Glucose
  - B.U.N
  - Creatinine
  - SGOT
  - SGPT
  - Alkaline Phosphatase
  - Cholesterol
  - Triglyceride
  - Uric – Acid

แพทย์ผู้สั่ง

( [REDACTED] )

วันที่ 3 พฤศจิกายน 2557

หมายเหตุ

1. ผู้มีสิทธิ์ที่สามารถเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี รายการข้างต้น ได้ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 รายการแนบท้าย : ค่าตรวจสุขภาพประจำปี
2. ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก เป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ผู้มีสิทธิ์ที่เข้ารับการตรวจจากศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ตามหนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0502 / 35254 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2535



# เอกสารที่ ๙



รายละเอียดการตรวจสุขภาพประจำปี

ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โทรศัพท์. (053) 94-6027, โทรสาร (053) 225-177

ชื่อ - นามสกุล

[REDACTED]

วันที่ตรวจ

วันที่ 3 พฤศจิกายน 2557

รหัสกระทรวงการคลัง	รายการตรวจ	ราคาประกาศศูนย์ฯ
--------------------	------------	------------------

30101	CBC	90.00
32203	Glucose	40.00
32201	B.U.N	50.00
32202	Creatinine	50.00
32310	AST	50.00
32311	ALT	50.00
32309	Alkaline Phophatase	50.00
32501	Cholesterol	60.00
32502	Triglyceride	60.00
32205	Uric-Acid	60.00
31001	Urine Analysis	50.00
41001	Film Chest	170.00



เจ้าหน้าที่การเงิน

780.00

รวมจำนวนเงิน

(เจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

# เอกสารที่ ๑๐



**ใบเสร็จรับเงิน**  
**โรงพยาบาลสารภี**  
 147 ม.3 ต.สารภี อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140  
**สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

เลขที่ **0355**

เล่มที่ **227**

เลขประจำตัวผู้ป่วย **734761**

วันที่ **๕ ตุลาคม 2014**

ชื่อ-สกุล **[REDACTED]**

เพศ **ชาย**

สิทธิการรักษา **ประกันสังคมทุก ร.พ (เฉพาะงานทันตกรรม) ชำระเงินโดย Number [REDACTED]**

ชื่อโรค **K051 Chronic gingivitis เหงือกอักเสบเรื้อรัง**

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	
	เบิกไม่ได้ตามระเบียบ กระทรวงการคลัง	เบิกได้
ค่าบริการทางการแพทย์		
56021 ค่าบริการผู้ป่วยนอก นอกเวลาราชการ		50.00 ✓
ค่าบริการทางทันตกรรม		
64101 ขูดหินปูน ทั้งปาก		300.00 2/๕๐
		350.00
	<b>0.00</b>	<b>350.00</b>
รวมเงิน สามร้อยห้าสิบบาท	<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>350.00</b>

ชำระด้วยเงินสดไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลายมือชื่อ **[REDACTED]** ผู้รับเงิน  
 ตำแหน่ง **[REDACTED]**  
**ผู้อำนวยการการเงิน**

พิมพ์ครั้งที่ 1 ( เมษายน 2556 )

A.T.P. INTER MEDICAL CO., LTD. TEL. (053) 844039, 844908 FAX: (053) 354330

ICD 500-50-A-1192 P.2121

# เอกสารที่ ๑๑

# ฉบับจริง



สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)  
ชั้น 1 อาคารสำนักงานกลาง ศาลากลางจังหวัด  
เชียงใหม่ 50300

16 ตุลาคม 2557

เรื่อง: การสมัครใบสมัครเรียน

เรียน: [Redacted]

ตามที่ท่านได้ยื่นแบบฟอร์มสมัครเรียนใบสมัครเรียนการศึกษาระดับปริญญาตรี

ขอเรียนแจ้งให้ทราบว่า

ท่านมีคะแนนสอบวิชาคณิตศาสตร์

ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้สำหรับระดับปริญญาตรี

ได้ดังนี้คือ [Redacted]

เลขที่รับเข้าเรียน 50-00-57-073824

คิดค่าสมัครเรียน

จำนวนเงิน 300.00 บาท

จำนวนเงิน

300.00 บาท

หากท่านไม่ประสงค์จะสมัครเรียนอีก กรุณาแจ้งให้ทราบโดยด่วนที่สุด  
โดยยื่นใบสมัครเรียนภายใน 30 วันนับตั้งแต่วันที่รับเข้าเรียน และขอใบสมัครเรียน  
การศึกษาระดับปริญญาตรีเพิ่มเติมจำนวน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่  
สอบเข้าเรียนที่มหาวิทยาลัย

ขอเรียนแจ้งให้ทราบว่า

ขอแสดงความนับถือ

[Redacted Signature]

นักวิชาการประจำสกอ.

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา  
โทร. 0-5311-2629

หมายเหตุ (กรณีพิเศษ)

1. ใบสมัครเรียนเพิ่มเติมต้องยื่นแบบฟอร์มสมัครเรียนใหม่รับเงินค่าสมัครเรียนใหม่
2. หากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้จะถือว่าสมัครเรียนไม่ผ่านและต้องยื่นใบสมัครเรียนใหม่
3. ใบสมัครเรียนเพิ่มเติมยื่นก่อนเวลา 15.30 น.

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสังคมสงเคราะห์  
ชั้น 1 อาคารสำนักงานกลาง ศาลากลางจังหวัด  
เชียงใหม่ เชียงใหม่ 50300



16 ตุลาคม 2557

เรื่อง สำเนาบัตรประชาชน

เรียน [Redacted]

ตามที่ท่านได้ยื่นขอรับบัตรประชาชนโดยสมัครใจเรียบร้อยแล้ว

ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า

บัตรประชาชนของท่านจะออกให้โดยสมัครใจ  
สำนักงานส่งเสริมสังคมสงเคราะห์ เชียงใหม่  
ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่า

เลขที่รับแจ้ง 50-00-57-073824

มีสิทธิได้รับ

ค่าตอบแทน ค่าธรรมเนียม ขุดเจาะฝัง

จำนวนเงิน

300.00 บาท

หากท่านไม่ได้รับบัตรประชาชนโดยสมัครใจให้ดูหลักฐานเป็นหนังสือต่อคณะกรรมการ  
ผู้ตรวจการภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่งนี้ และขอใบสมัครโดยสมัครใจเป็น  
ครั้งแรก ผู้สมัครที่ลงทะเบียนสมัครแล้วมีสิทธิจะได้รับภายใน 2 ปีนับแต่วันที่ได้  
รับแจ้งจากสำนักงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

[Redacted Signature]

นักวิชาการประจำสังคม

สำนักงานส่งเสริมสังคมสงเคราะห์  
โทร. 0-5311-2629

หมายเหตุ (กรณีสิทธิ)

1. ใบสมัครออกเมื่อสมัครเรียบร้อยแล้วบัตรประชาชนไม่รับเงินค่าสมัครงานในวัน
2. หากไปยื่นสมัครในวันแรกแล้วจะมีหนังสือมอบอำนาจ บัตรประชาชนของหน่วยงานและของอยู่
3. ใบสมัครติดต่อรับเงินก่อนเวลา 15.30 น.

# เอกสารที่ ๑๓



เล่มที่ สพฐ. 1399

เลขที่ 0124

ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

โรงเรียนอนุบาลเชียงใหม่

วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2557

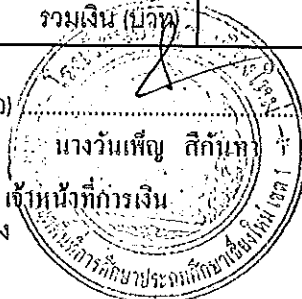
ปีการศึกษา 2557 ภาคเรียนที่ 2  
ได้รับเงินจาก ด.ช.ศิริวิชญ์ วงศ์ยศ 17210 ป3/6  
ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

พระสิทธิ์  
เมือง  
053278427

ที่	รายการ	จำนวน	หน่วยละ	จำนวนเงิน
1	เงินบำรุงการศึกษา ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557		7,500.00	7,500.00
รวมเงิน (บาท)				7,500.00

ตัวอักษร ( เอ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน )  
ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

( ลงชื่อ ) ..... ผู้รับเงิน  
นางวันเพ็ญ สิกันทุ  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
ตำแหน่ง



# เอกสารที่ ๑๔



ที่ ศช 04047.133/1024

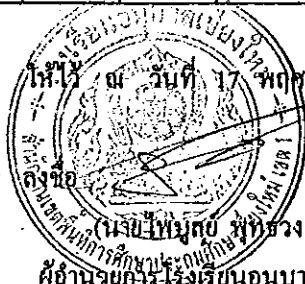
โรงเรียนอนุบาลเชียงใหม่

135 ราชมรรคา ต.พระสิงห์

อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ 50200

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่าในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 คณะกรรมการสถานศึกษา  
ขั้นพื้นฐาน เห็นชอบให้โรงเรียนเก็บเงินบำรุงการศึกษาเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดการเรียน การสอนนอกหลักสูตร  
การศึกษาระดับขั้นพื้นฐาน ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง เงินบำรุงการศึกษา ของสถานศึกษาสังกัดสำนักงาน  
คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

รายการ	อ.1	อ.2	ป.1	ป.2	ป.3	ป.4	ป.5	ป.6
1.ค่าสอนคอมพิวเตอร์ กรณีโรงเรียนจัด คอมพิวเตอร์ให้นักเรียนเกินมาตรฐานที่รัฐจัดให้	400	400	400	400	400	400	400	400
2.ค่าจ้างครูชาวต่างประเทศ	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
3.ค่าจ้างครูที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาเฉพาะ	600	600						
4.ค่าจ้างบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษา	1,150	1,150	350	350	350	350	350	350
5.ค่าอาหารนักเรียน	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250
6. ห้องเรียนพิเศษด้านภาษาต่างประเทศ ด้าน วิชาการและด้านอื่น ๆ (คณิตศาสตร์-วิทยาศาสตร์)	3,000	3,000	4,500	4,500	4,500	4,500	4,500	4,500
7.ค่าซักรีด	300	300						
รวม	7,700	7,700	7,500	7,500	7,500	7,500	7,500	7,500



ให้ไว้ ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

ลงชื่อ

(นายไพฑูริย์ พุทธิวงค์)

ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลเชียงใหม่

หมายเหตุ - รายการที่ตรงกับรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้เบิกได้ใน 6 รายการ ตามหนังสือ กรมบัญชีกลาง ค่วนที่สุด  
ที่ กค. 0422.3/ว.21 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2557 คือ รายการที่ 1-3 และรายการที่ 6 อนุบาล 1-2 เบิกได้ 2,555  
บาท รายการที่ 1-2 และรายการที่ 6 ป.1-ป.6 เบิกได้ 1,760 บาท

# เอกสารที่ ๑๕

## สมุดฝากเงินออมสิน

ผู้ฝากไม่มาติดต่อกายในระยะเวลา 1 ปี

และจำนวนเงินคงเหลือไม่เกิน 500 บาท

ธนาคารจะหักค่ารักษาบัญชีเดือนละ 20 บาท

### ข้อกำหนดการฝากและถอนเงิน

1. ผู้ฝากยอมรับปฏิบัติตาม หลักเกณฑ์และวิธีการฝากถอนเงินของธนาคารออมสินที่มีใช้อยู่ ณ วันฝาก และที่จะมีขึ้นภายหลัง
2. ผู้ฝากจะได้รับดอกเบี้ยตามที่ธนาคารออมสินประกาศกำหนด
3. สมุดฝากเงินนี้เป็นเพียงสมุดคู่บัญชีเท่านั้น ยังถือไม่ได้ว่ายอดเงินฝากคงเหลือในสมุดฝากเงินนี้ถูกต้อง จนกว่าจะได้ตรวจสอบตรงกับบัญชีของธนาคารออมสินแล้ว
4. สมุดฝากเงินนี้ผู้ฝากต้องเก็บไว้ในที่ปลอดภัย หากสูญหายผู้ฝากต้องรีบแจ้งให้ธนาคารออมสินสาขาที่ระบุชื่อไว้ในสมุดฝากเงินทราบทันที
5. ผู้ฝากจะฝาก-ถอนเงินต่างสาขาได้ตามหลักเกณฑ์ของธนาคารออมสิน และโปรดนำบัตรประจำตัวที่ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจเป็นผู้ออกให้ไปแสดงเป็นหลักฐานด้วย
6. กรณีบัญชีเงินฝากไม่เคลื่อนไหวและมียอดเงินฝากต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ธนาคารออมสินจะคิดค่าธรรมเนียมการรักษาบัญชีโดยหักจากยอดเงินฝากคงเหลือตามอัตราและหลักเกณฑ์ที่ธนาคารออมสินประกาศกำหนด



ธนาคาร

# ออมสิน

Government Savings Bank

บัญชีเงินฝากเพื่อเรียก

สาขา	บัญชีเลขที่
0030 สาขามหาวิทยาลัยเชียงใหม่	<del>00000000000000000000</del>
ชื่อผู้ฝาก	
<del>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</del>	
สมุดบัญชีทั้งหมดแทนสมุดบัญชีเก่า เลขที่ <del>XXXXXXXXXXXX</del>	

สมุดหมายเลข  
Serial No.

200010984315

200010984315



- 6 ต.ค. 2556

ผู้จัดการ