



ที่ พร ๐๐๒๓.๓/ว ๕๕๖

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ และสำนักงานเทศบาลเมืองแพร่

ตามหนังสือจังหวัดแพร่ ด่วนที่สุด ที่ พร ๐๐๒๓.๓/ว ๓๗๓ ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖
แจ้งการดำเนินการตามแนวทางการยินยอมการโอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทนสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิ
ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ กลุ่มผู้สูงอายุ นั้น

สำนักงานคลังจังหวัดแพร่ แจ้งว่ากรมบัญชีกลางได้ดำเนินการโอนเงินสงเคราะห์เพื่อการ
ยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยให้แก่ผู้มีสิทธิแล้ว เมื่อวันที่ ๑๒ - ๑๔ กันยายน ๒๕๖๖ และได้แจ้งรายชื่อ
ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ยืนยันตัวตนตามสิทธิ และผู้มีสิทธิที่กรมบัญชีกลางโอนเงินเข้าบัญชีไม่สำเร็จ เพื่อให้ผู้มีรายชื่อ
ดังกล่าวได้รับเงินสงเคราะห์ตามสิทธิ จังหวัดจึงขอความร่วมมืออำเภอแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่
ดำเนินการ ดังนี้

๑. ตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ในโครงการลงทะเบียน
เพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ตาม QR-Code

๒. ดำเนินการตามแนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
ที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕

โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวบรวมหนังสือยินยอมโอนเงินสวัสดิการแห่งรัฐฯ และเอกสารประกอบ
ส่งให้สำนักงานคลังจังหวัดแพร่โดยตรง ภายในวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ หากมีข้อสงสัยสามารถ
สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานคลังจังหวัดแพร่ กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด เบอร์โทร ๐๕๔ ๕๑๑
๐๗๖ ต่อ ๓๐๓ ๓๑๘ ๓๒๑ หรือ ๐๘๒ ๙๙๒ ๓๑๐๐ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้ายนี้
เรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร. ๐-๕๔๕๓-๔๑๑๙ ต่อ ๓๐๖

55. 06

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่
เลขที่..... 3664
วันที่..... 29 ก.ย. 2563
เวลา.....



ที่ พร ๐๐๐๗/๙๑๗

สำนักงานคลังจังหวัดแพร่
ถนนไชยบูรณ์ พร ๕๔๐๐๐

๒๙ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการตามแนวทางการยินยอมการโอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทน
เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแพร่

อ้างถึง หนังสือสำนักงานคลังจังหวัดแพร่ ด่วนที่สุด ที่ พร ๐๐๐๗/๗๗๙ ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. รายชื่อผู้สูงอายุได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิ ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานคลังจังหวัดแพร่ ได้ขอความอนุเคราะห์ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการตามแนวทางการยินยอมการโอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทนสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ กลุ่มผู้สูงอายุ นั้น

สำนักงานคลังจังหวัดแพร่ ขอเรียนว่า กรมบัญชีกลางได้ดำเนินการโอนเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยให้แก่ผู้มีสิทธิแล้ว เมื่อวันที่ ๑๒ - ๑๔ กันยายน ๒๕๖๖ และได้แจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิที่ยังไม่ยืนยันตัวตนและผู้มีสิทธิที่กรมบัญชีกลางโอนเงินเข้าบัญชีไม่สำเร็จ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ เพื่อให้ผู้มีรายชื่อดังกล่าวได้รับเงินสงเคราะห์ฯ จึงขอความอนุเคราะห์สำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ทั้งนี้ ได้มอบหมายนางสาวมุกดา มะณี ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการคลังปฏิบัติงาน เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๕ ๘๒๕ ๑๕๖๕ เป็นผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแพร่
- เพื่อไปตรวจดู
- เพื่อดูรายชื่อ ผู้ไปขอ 11๗ ทล.1๗
จากคลังจังหวัดแพร่

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุดารัตน์ รักจันทร์)
คลังจังหวัดแพร่

นางสุดารัตน์ รักจันทร์

สำนักงานคลังจังหวัดแพร่

โทร. ๐-๕๔๕๑-๑๐๗๖

โทรสาร ๐-๕๔๕๑-๓๐๗๖ ต่อ ๓๑๘

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : pre@cgd.go.th

















(นายณรงค์ศักดิ์ สุขสำราญ)

ผู้อำนวยการกลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

(นายต๋องพงษ์ ทับทิมโต)

ท้องถิ่นจังหวัดแพร่

รายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ
ในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕

อำเภอ	ผู้มีสิทธิยังไม่ยืนยันตัวตน (e - KYC)	ผู้มีสิทธิโอนเงินไม่สำเร็จ (Reject)
เด่นชัย		
เมืองแพร่		
ร่องกวาง		
ลอง		
วังชิ้น		
สอง		
สูงเม่น		
หนองม่วงไข่		

๗ การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิ
ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕

การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ เดือนละ ๑๐๐ บาท (เดือนเมษายน - กันยายน ๒๕๖๖) ผู้ที่ได้รับสิทธิต้องผ่านเกณฑ์การพิจารณาโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ และต้องมีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป (เกิดก่อนวันที่ ๑ ก.ย. ๒๕๐๖) โดยผู้มีสิทธิต้องดำเนินการ ดังนี้

๑. ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e-KYC) ตาม QR Code หากยังไม่ได้อืนยันตัวตน ผู้มีสิทธิสามารถยืนยันตัวตนได้ที่ บมจ. ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขา

๒. ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิโอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) ตาม QR Code ซึ่งระบุเหตุผลผลการโอนเงินไม่สำเร็จ เช่น ไม่สามารถทำรายการได้เนื่องจากบัญชีไม่เคลื่อนไหว บัญชีธนาคารปิด ยังไม่มีการลงทะเบียนสมัครพร้อมเพย์ เป็นต้น (หากบัญชีธนาคารไม่เคลื่อนไหว หรือบัญชีธนาคารปิด ให้ผู้มีสิทธิติดต่อธนาคารเพื่อเปลี่ยนสถานะของบัญชีหรือเปิดบัญชีใหม่ หากเป็นการเปิดบัญชีใหม่ให้ผู้มีสิทธิผูกพร้อมเพย์กับเลขบัตรประชาชน ๑๓ หลัก)

การรับเงินสงเคราะห์ฯ ผู้มีสิทธิดำเนินการตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

๑. ผู้มีสิทธิผูกพร้อมเพย์บัญชีธนาคารกับเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก (เป็นบัญชีของธนาคารใดก็ได้) หรือ

๒. ผู้มีสิทธิที่ไม่เปิดบัญชีธนาคารและผูกพร้อมเพย์บัญชีธนาคารกับเลขบัตรประชาชน ๑๓ หลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ให้กรอกข้อมูลในหนังสือยินยอมโอนเงินสวัสดิการฯ โดยสามารถดำเนินการได้ ๒ กรณี ดังนี้

๒.๑ ผู้มีสิทธิที่มีความประสงค์ให้ออนเงินสวัสดิการเข้า บัญชีร่วมกับบุคคลอื่น ให้กรอกข้อมูล หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๑) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมแนบเอกสารประกอบ ดังนี้

๑) หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๑)

๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๓) เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๔) สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) เพื่อรับเงินสวัสดิการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๕) ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

๒.๒ ผู้มีสิทธิที่มีความประสงค์ให้ออนเงินสวัสดิการเข้า บัญชีบุคคลอื่น ให้กรอกข้อมูล หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๒) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมแนบเอกสารประกอบ ดังนี้

๑) หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๒)

๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๓) เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๔) สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) เพื่อรับเงินสวัสดิการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๕) ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

ผู้มีสิทธิสามารถส่งแบบหนังสือยินยอมโอนเงินสวัสดิการฯ และเอกสารประกอบ ได้ที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือที่สำนักงานคลังจังหวัดแพร่ ชั้น ๑ ศาลากลางจังหวัดแพร่ ภายในวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ : สำนักงานคลังจังหวัดแพร่ กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด

เบอร์โทร ๐๕๔ ๕๑๑ ๐๗๖ ต่อ ๓๐๓ ๓๑๘ ๓๒๑ หรือ ๐๘๒ ๔๔๒ ๓๑๐๐

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 อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า
 ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ
 โครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้ถือบัญชีร่วม
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. กรุณานำใบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภท



การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในอัตรา 100 บาทต่อเดือน

ผู้ได้รับสิทธิโครงการสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565
ระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน - เดือนกันยายน 2566 ดังนี้

วันเดือนปีเกิด	เดือนที่ได้รับสิทธิ	จำนวนเงินที่มีสิทธิได้รับ (บาท)
เกิด <u>ก่อน</u> 1 พ.ย. 2506	พ.ย. - ก.ย. 2566	600
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 30 พ.ย. 2506	พ.ศ. - ก.ย. 2566	500
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 พ.ศ. 2506	มี.ย. - ก.ย. 2566	400
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 30 มี.ย. 2506	ก.ย. - ก.ย. 2566	300
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 ก.ย. 2506	ส.ย. - ก.ย. 2566	200
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 ส.ย. 2506	ก.ย. 2566	100

กรมบัญชีกลางจะโอนเงินให้แก่ผู้มีสิทธิ โดยแบ่งกลุ่มตามวันเดือนปีเกิด ดังนี้

เดือนที่จ่าย	วันเดือนปีเกิดของผู้มีสิทธิ	วันที่ยืนยันตัวตน (e-KYC)	วันที่ผูกบัญชีพร้อมเพย์	วันที่โอนเงิน
ก.ย. 2566	เกิด ก่อน 1 ม.ค. 2494	ภายใน 26 ส.ค. 2566	ภายใน 7 ก.ย. 2566	12 ก.ย. 2566
	เกิด ระหว่าง 1 ม.ค. 2494 - 31 ส.ค. 2500			13 ก.ย. 2566
	เกิด ระหว่าง 1 ม.ค. 2501 - 31 ส.ค. 2506			14 ก.ย. 2566
ต.ค. 2566	เกิด ก่อน 1 ก.ย. 2506	ภายใน 26 ก.ย. 2566	ภายใน 3 ต.ค. 2566	6 ต.ค. 2566
พ.ย. 2566		ภายใน 26 ต.ค. 2566	ภายใน 1 พ.ย. 2566	6 พ.ย. 2566
ธ.ย. 2566		ภายใน 26 พ.ย. 2566	ภายใน 30 พ.ย. 2566	6 ธ.ย. 2566

- ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน e - KYC สามารถไปยืนยันตัวตนได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา
 - ผู้มีสิทธิที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์กับเลขบัตรประจำตัวประชาชนได้ (เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง/และหรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้) สามารถแจ้งความประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น หรือเข้าบัญชีบุคคลอื่น ได้ที่สำนักงานคลังจังหวัด **ภายในวันที่ 17 พ.ย. 2566**
- สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด สำนักงานคลังจังหวัด โทร. 054-511076, 082-9923100

ด่วนที่สุด

ที่ พร ๐๐๐๓/๓๗๙



ศาลากลางจังหวัดแพร่
ถนนไชยบุรีม พร ๕๔๐๐๐

๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการตามแนวทางการยินยอมการโอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทน

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแพร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อมูลผู้สูงอายุตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ที่ไม่มีบัญชีพร้อมเพย์
จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แนวทางการดำเนินการการยินยอมการโอนเงินสวัสดิการ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิ
ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เห็นชอบกรอบระยะเวลาการดำเนินการ
ของโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ โดยกำหนดคสิทธิการเริ่มใช้สวัสดิการแห่งรัฐ ในวันที่
๑ เมษายน ๒๕๖๖ เป็นต้นมา โดยกระทรวงได้รับทราบถึงปัญหาว่ามีประชาชนที่ไม่สามารถเปิดบัญชี
และ/หรือผูกพร้อมเพย์กับเลขบัตรประจำตัวประชาชนได้ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นที่ประชุมคณะกรรมการ
ประชารัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม ครั้งที่ ๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖
มีมติเห็นชอบแนวทางการโอนเงินให้แก่ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ โดยกำหนดแนวทางการโอนเงิน
สำหรับผู้ผ่านคุณสมบัติที่ไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้

สำนักงานคลังจังหวัดแพร่ขอเรียนว่า เพื่อให้การดำเนินการตามแนวทางการโอนเงินสำหรับ
ผู้ผ่านคุณสมบัติที่ไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
จึงขอความอนุเคราะห์สำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๑. ตรวจสอบรายชื่อข้อมูลผู้สูงอายุตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕
ที่ไม่มีบัญชีพร้อมเพย์ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๒. ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินการการยินยอมการโอนเงินสวัสดิการ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ
ที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ หากมีข้อสงสัย
สามารถติดต่อ นางสาวมุกดา มะณี ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการคลังปฏิบัติงาน เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๕ ๘๒๕ ๑๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุตารัตน์ รักจันทร์)

คลังจังหวัดแพร่

สำนักงานคลังจังหวัดแพร่

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๕๑ ๑๐๗๖

โทรสาร ๐ ๕๔๕๒ ๒๙๔๖

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ pre@ced.go.th

ข้อมูลผู้สูงอายุตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ที่ไม่มีบัญชีพร้อมเพย์

1. อำเภอวังชิ้น



2. อำเภอสูงเม่น



3. อำเภอสอง



4. อำเภอเมือง



5. อำเภอลอง



6. อำเภอร้องกวาง



7. อำเภอหนองม่วงไข่



8. อำเภอเด่นชัย



แบบฟอร์ม 1



แบบฟอร์ม 2



แนวทางการดำเนินการการให้ความยินยอมการโอนเงินสวัสดิการ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิ
ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕

๑. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุในพื้นที่ผ่าน QR Code ตามเอกสารแนบ
๒. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งผู้มีสิทธิว่ามีการผูกพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนแล้วหรือไม่
 - ๒.๑ กรณีผู้ได้รับสิทธิสามารถเดินทางไปผูกพร้อมเพย์ได้ ให้เดินทางไปผูกพร้อมเพย์บัญชีธนาคาร (ธนาคารใดก็ได้) กับเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก
 - ๒.๒ กรณีผู้ได้รับสิทธิไม่สามารถเดินทางไปเปิดบัญชีธนาคารและผูกพร้อมเพย์บัญชีธนาคาร (ธนาคารใดก็ได้) กับเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก ได้แก่ ผู้พิการที่ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ ต้องกรอกข้อมูลในหนังสือยินยอมโอนเงินสวัสดิการฯ โดยแบ่งเป็น ๒ ประเภท ดังนี้
 - ๒.๒.๑ ผู้ได้รับสิทธิที่มีความประสงค์ให้โอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น ให้กรอกข้อมูลในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๑) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมแนบเอกสารประกอบ ดังนี้
 - ๑) หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๑)
 - ๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๓) เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๔) สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เมื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๕) ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)
 - ๒.๒.๒ ผู้มีสิทธิที่มีความประสงค์ให้โอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น ให้กรอกข้อมูลในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๒) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมแนบเอกสารประกอบ ดังนี้
 - ๑) หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๒)
 - ๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๓) เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๔) สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เมื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๕) ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)
๓. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตรวจสอบข้อมูลในหนังสือยินยอมโอนเงินสวัสดิการฯ และเอกสารประกอบให้ถูกต้อง ครบถ้วน
๔. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวบรวมและส่งหนังสือยินยอมโอนเงินสวัสดิการฯ และเอกสารประกอบให้กับสำนักงานคลังจังหวัดแพร่ ชั้น ๑ ศาลากลางจังหวัดแพร่ ภายในวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๖

หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

สำนักงานคลังจังหวัดแพร่	กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด	เบอร์โทร	๐๕๔ ๕๑๑ ๐๗๖ ๐๘๒ ๙๙๒ ๓๑๐๐
นางสาวนุจรี	อ่อนดี	ตำแหน่ง	นักวิชาการคลังชำนาญการ
นางสาวมุกดา	มะณี	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานการคลังปฏิบัติงาน
นางสาวปิยพร	อุตสาธรรม	ตำแหน่ง	นักวิชาการคลัง
		เบอร์โทรศัพท์	๐๘๔ ๑๖๘ ๐๗๒๘
		เบอร์โทรศัพท์	๐๙๕ ๘๒๕ ๑๕๖๕
		เบอร์โทรศัพท์	๐๘๓ ๑๕๓ ๓๕๐๙

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 อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า
 ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ
 โครงการฯ ในกรณี 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



การยินยอมให้โอบงเก็บเข้าบัญชีผู้รับเงินแทน ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565



กลุ่มผู้พิการที่ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ
ไปเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้



กรณีผู้ได้รับสิทธิ ไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผูกบัญชี
พร้อมเพย์ และประสงค์ยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น



ผู้ได้รับสิทธิ บุคคลอื่น

ผู้มีสิทธิแสดงความประสงค์ขอรับการโอนเงินได้ที่สำนักงานคลังจังหวัดแพร่และยื่นเอกสาร
ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น พร้อมกรอกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนากะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ สะสมทรัพย์/เพื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ ออมทรัพย์พิเศษ บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)



กรณีผู้ได้รับสิทธิ ไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผูกบัญชี
พร้อมเพย์ และประสงค์ยินยอมโอนเงินสวัสดิการ



บุคคลอื่น

ผู้มีสิทธิแสดงความประสงค์ขอรับการโอนเงินได้ที่สำนักงานคลังจังหวัดแพร่และยื่นเอกสาร
ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการ พร้อมกรอกข้อมูล
ให้ถูกต้องครบถ้วน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และ
สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูติบัตร
สำเนากะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ สะสมทรัพย์/เพื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภท
เงินฝากประจำ ออมทรัพย์พิเศษ บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

