



สถานที่ยื่นคำขอ.....
 เลขที่รับ.....
 วันที่.....

**แบบคำขอรับการสงเคราะห์ค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้
 องค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล**

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) ชื่อ-สกุล.....
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน - - - - อายุ.....ปี
 มีภูมิลำเนา ณ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด สตูล เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ ค่าพาหนะ (ไป-กลับ) ในการเดินทางจาก
 ภูมิลำเนา เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....
 รวมระยะทางประมาณ.....กม. โดยพาหนะ..... **ค่าใช้จ่ายจริง**
ในการเดินทางเป็นเงินจำนวน.....บาท ตามใบรับรองการจ่ายเงินแทนใบเสร็จรับเงินที่แนบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูล
 ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับ
 ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้ก้องค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการ
 เบิกจ่ายค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

หลักฐานแนบคำขอ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองการจ่ายเงินแทนใบเสร็จรับเงิน
- หนังสือรับรองการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ
- แบบคำขอรับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร (กรณีขอรับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีขอรับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร)
- หนังสือรับรองคุณสมบัติในเบื้องต้นจากกำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน / ประธานชุมชน
- เอกสารอื่นๆ.....

ช่องทางการรับเงินสงเคราะห์ (เลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- รับเช็คด้วยตนเองที่ อบจ.สตูล
- รับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
 (.....)

ตำแหน่ง.....(ผอ.กอง/ปลัด อบท.)



สำหรับผู้ดูแล/ผู้รับมอบอำนาจ

สถานที่ยื่นคำขอ.....
เลขที่รับ.....
วันที่.....

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) ชื่อ-สกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □ อายุ.....ปี
มีภูมิลำเนา ณ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด สตูล เบอร์โทรศัพท์..... เป็นผู้รับมอบอำนาจ
จัดการขอรับการสงเคราะห์ค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้ (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.)
ชื่อ-สกุล.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ ค่าพาหนะ (ไป-กลับ) ในการเดินทางจาก
ภูมิลำเนา เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....
รวมระยะทางประมาณ.....กม. โดยพาหนะ..... ค่าใช้จ่ายจริง
ในการเดินทางเป็นเงินจำนวน.....บาท ตามใบรับรองการจ่ายเงินแทนใบเสร็จรับเงินที่แนบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูล
ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับ
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการ
เบิกจ่ายค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

- หลักฐานแนบคำขอ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วยที่ยากไร้และผู้รับมอบอำนาจ
 - สำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วยที่ยากไร้และผู้รับมอบอำนาจ
 - หนังสือมอบอำนาจ
 - ใบรับรองการจ่ายเงินแทนใบเสร็จรับเงิน
 - หนังสือรับรองการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ
 - แบบคำขอรับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร (กรณีขอรับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร)
 - สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีขอรับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร)
 - หนังสือรับรองคุณสมบัติในเบื้องต้นจากกำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน / ประธานชุมชน
 - เอกสารอื่นๆ.....

ช่องทางการรับเงินสงเคราะห์ (เลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- รับเช็คด้วยตนเองที่ อบจ.สตูล
- รับเงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง.....(ผอ.กอง/ปลัด อบท.)

หนังสือมอบอำนาจ

ทำที่การ.....
.....

วันที่

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด สตุล ขอมมอบอำนาจให้
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เป็นผู้มีอำนาจจัดการขอรับการสงเคราะห์
ค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่
ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

- หมายเหตุ : - กรุณากรอกข้อมูลให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
- แนบสำเนาบัตรประชาชนและลงลายมือรับรองความถูกต้องของสำเนาของผู้มอบอำนาจ

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล

วันที่.....

ข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด สตูล ได้จ่ายเงินเป็นค่า
เดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลจากบ้านพักข้าพเจ้า ไป-กลับ โรงพยาบาล.....
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายจ่ายดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าได้จ่ายเป็นค่าเดินทางในการเข้ารับการรักษาพยาบาลแล้ว และไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

แบบคำขอรับเงินโดยเข้าบัญชีธนาคาร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด สตูล รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
วันที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

มีความประสงค์ให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล โอนเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับ
การรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ตามแบบคำขอรับการสงเคราะห์ฯ เลขที่.....
ลงวันที่..... เข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ชื่อบัญชี.....(ตามสำเนาหน้าสมุดบัญชี) เลขที่บัญชี.....

ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ธนาคารเรียกเก็บ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงิน
ดังกล่าว จากเงินที่จะได้รับจากทางราชการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หนังสือรับรอง

คุณสมบัติของผู้ขอรับการสงเคราะห์ค่าพาหนะสำหรับการเดินทางไปรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ยากไร้

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว/).....หมายเลขประจำตัวประชาชน

□-□□□□-□□□□□-□□-□ อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดสตูล เป็นผู้ยากไร้และมีฐานะยากจน มีคุณสมบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์
การพิจารณาความยากจนของกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือตามระเบียบกระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จริง ตามสภาพปัญหาความเดือดร้อนในแต่ละด้าน ดังนี้

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง)

ด้านเศรษฐกิจ

- รายได้ต่อเดือนของผู้ยื่นคำขอ ต่ำกว่า ๓,๐๐๐ บาท
- รายได้เฉลี่ยของคนในครัวเรือนต่อปี ต่ำกว่า ๑๐๐,๐๐๐ บาท
- ไม่มีรายได้/ตกงาน/ว่างงาน
- มีหนี้สินในระบบ จำนวน.....บาท / หนี้สินนอกระบบ จำนวน..... บาท

ด้านสุขภาพ

- เจ็บป่วย ระบุ.....

ด้านภาวะพึ่งพิง

- มีเด็กแรกเกิด - อายุ ๑๘ ปี
- มีคนอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี ว่างงาน
- มีคนพิการ / เจ็บป่วยเรื้อรัง
- มีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
- เป็น / มีพ่อ - แม่เลี้ยงเดี่ยว
- มีบุคคลต้องโทษจำคุก / ถูกทอดทิ้ง / สาบสูญ

ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (อาศัยผู้อื่นอยู่)
- อยู่บ้านเช่า / ที่เช่า จ่ายค่าเช่า.....บาท ต่อเดือน/ปี
- ที่อยู่อาศัยชำรุดทรุดโทรมมาก/ไม่ปลอดภัย/ไม่มั่นคง/ไม่เหมาะต่อการพักอาศัย

ด้านการเข้าถึงบริการรัฐ

- ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
- ไม่ได้รับสวัสดิการอื่นที่พึงได้รับ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ฯลฯ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

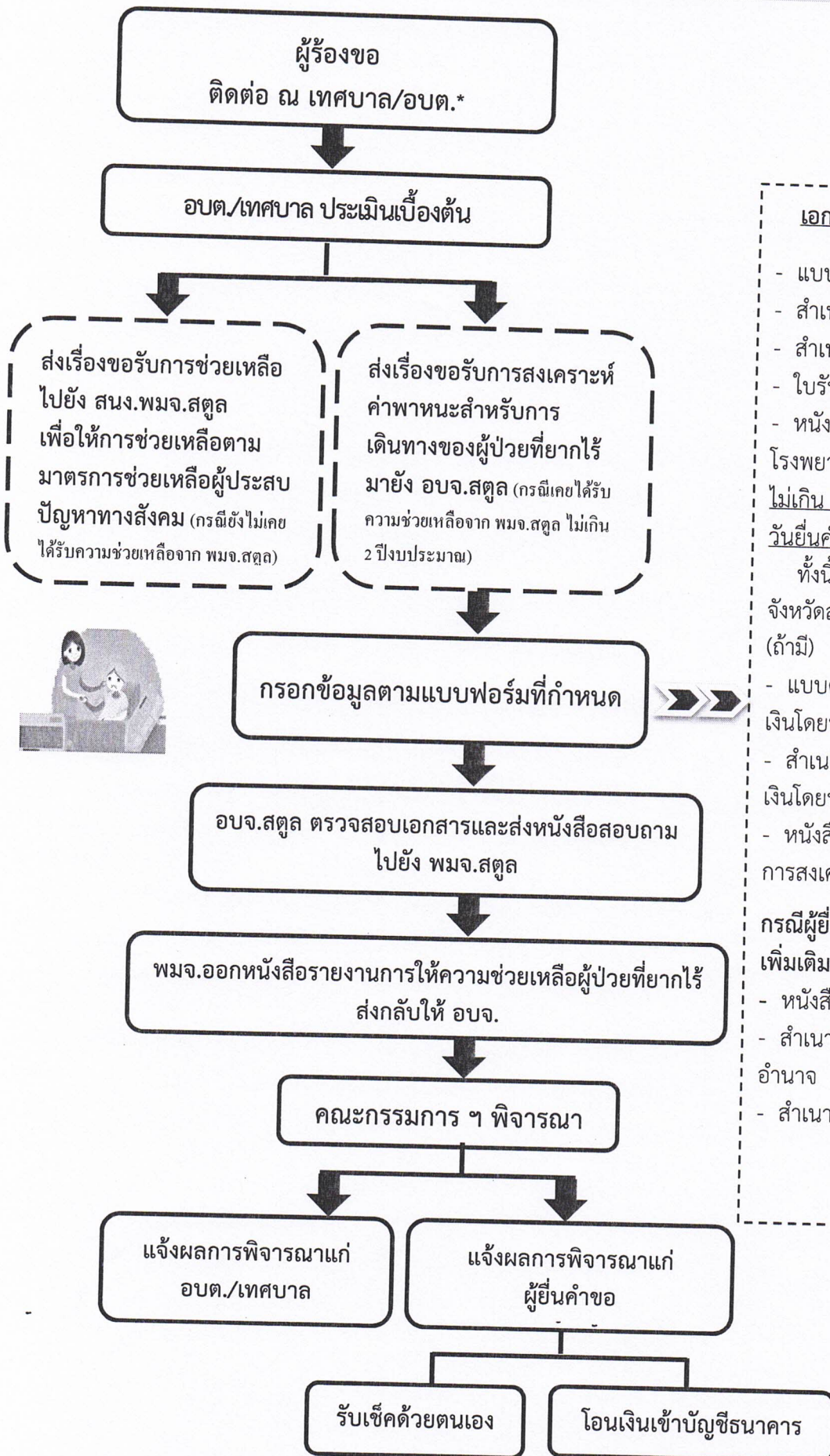
ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ

๑. ผู้รับรอง หมายถึง กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน
๒. โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตำแหน่งพร้อมลงลายมือชื่อของผู้รับรอง
๓. การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดทั้งทางแพ่งและอาญา

ขั้นตอนการขอรับการสงเคราะห์ค่าพาหนะสำหรับการเดินทาง ของผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล



เอกสาร/หลักฐานที่ต้องส่งให้ อบจ.สตูล

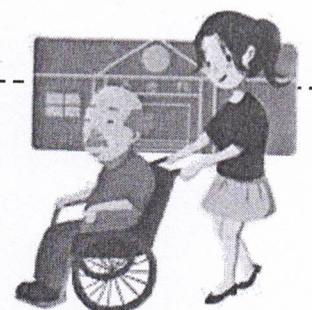
- แบบคำขอรับการสงเคราะห์ ของ อบจ.สตูล
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นคำขอ
- ใบรับรองการจ่ายเงินแทนใบเสร็จรับเงิน
- หนังสือรับรองการรักษาพยาบาลจาก
โรงพยาบาลของรัฐ ใช้ใบรับรองแพทย์
ไม่เกิน ๖ เดือน นับแต่วันเข้ารับการรักษาถึง
วันยื่นคำขอ

ทั้งนี้ หากเป็นการเดินทางไปรักษานอกเขต
จังหวัดสตูล โปรดสำเนาใบส่งตัวแนบมาด้วย
(ถ้ามี)

- แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร (กรณีขอรับ
เงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีขอรับ
เงินโดยนำเข้าบัญชีธนาคาร)
- หนังสือรับรองคุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์ตามเกณฑ์ พม.

กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ดูแลที่ได้รับมอบอำนาจ
เพิ่มเติมเอกสาร

- หนังสือมอบอำนาจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ
อำนาจ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ



หมายเหตุ * ผู้ยื่นคำขอสามารถยื่นเอกสารที่ อบจ. สตูลได้ โดย อบจ.จะตรวจสอบเอกสารและส่งหนังสือสอบถามไปยัง พมจ.สตูลตามขั้นตอนต่อไป



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติในการสงเคราะห์ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติในการสงเคราะห์ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล พ.ศ. ๒๕๖๔ ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔ นั้น

คณะกรรมการพิจารณานุมัติให้การสงเคราะห์ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้จังหวัดสตูล ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เห็นชอบให้แก้ไขหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติในการสงเคราะห์ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล เพื่อให้การอนุมัติให้การสงเคราะห์ ให้ความช่วยเหลือ หรือดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๕/๕ (๒) และ (๔) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๔๐ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับ ข้อ ๖ ข้อ ๙ และข้อ ๑๐ ของระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติในการสงเคราะห์ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๖ ดังนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความในข้อ ๔ และข้อ ๕ ของประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติในการสงเคราะห์ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ ข้อ ๔ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูลส่งคำขอรับการสงเคราะห์และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสตูล ทำการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ขอรับการสงเคราะห์ ว่าเป็นผู้ที่ยากจนตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และพิจารณาให้การสงเคราะห์ตามระเบียบกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรณีให้การสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสตูลไม่เพียงพอ หรือไม่ สามารถให้การสงเคราะห์ได้เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ ให้ส่งหนังสือรายงานผลการตรวจสอบและให้การช่วยเหลือมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูลพิจารณาให้การสงเคราะห์เพิ่มเติม ”

“ ข้อ ๕ กำหนดอัตราค่าพาหนะสำหรับการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ยากไร้ มีดังนี้

(๑) กรณีเดินทาง (ไป - กลับ) จากสถานที่พัก (ภูมิลำเนา) ไปยังโรงพยาบาลในอำเภอเดียวกัน ให้ความช่วยเหลือตามที่จ่ายจริง ครั้งละไม่เกิน ๒๐๐ บาท

(๒) กรณี...

“อบจ.สตูล ชี้อิสต์ย์ สุจริต มุ่งผลสัมฤทธิ์งาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”

- (๒) กรณีเดินทาง (ไป - กลับ) จากสถานที่พัก (ภูมิลำเนา) ซึ่งอยู่ในอำเภอควนโดน อำเภอท่าแพ อำเภอควนกาหลง ไปยังโรงพยาบาลสตูล ให้ช่วยเหลือตามที่จ่ายจริง ครั้งละไม่เกิน ๓๐๐ บาท
- (๓) กรณีเดินทาง (ไป - กลับ) จากสถานที่พัก (ภูมิลำเนา) ซึ่งอยู่ในอำเภอละงู อำเภอทุ่งหว้า อำเภอมะนัง ไปยังโรงพยาบาลสตูล ให้เบิกจ่ายตามที่จ่ายจริง ครั้งละไม่เกิน ๕๐๐ บาท
- (๔) กรณีเดินทาง (ไป - กลับ) จากสถานที่พัก (ภูมิลำเนา) ซึ่งอยู่ในพื้นที่ตำบลตำมะลัง (กรณีเดินทางโดยเรือ) ถึงท่าเรือ ให้เบิกจ่ายตามที่จ่ายจริง ครั้งละไม่เกิน ๒๐๐ บาท
- (๕) กรณีเดินทาง (ไป - กลับ) จากสถานที่พัก (ภูมิลำเนา) ซึ่งอยู่ในพื้นที่ตำบลปู้ยู ถึงท่าเรือ ให้เบิกจ่ายตามที่จ่ายจริง ครั้งละไม่เกิน ๔๐๐ บาท
- (๖) กรณีเดินทาง (ไป - กลับ) จากสถานที่พัก (ภูมิลำเนา) ซึ่งอยู่ในพื้นที่ตำบลเกาะสาหร่าย (ยกเว้นเกาะหลีเป๊ะ) ถึงท่าเรือ ให้เบิกจ่ายตามที่จ่ายจริง ครั้งละไม่เกิน ๖๐๐ บาท
- (๗) กรณีเดินทาง (ไป - กลับ) จากเกาะบูโหลนถึงท่าเรือ ให้เบิกจ่ายตามที่จ่ายจริง ครั้งละไม่เกิน ๘๐๐ บาท
- (๘) กรณีเดินทาง (ไป - กลับ) จากเกาะหลีเป๊ะถึงท่าเรือ ให้เบิกจ่ายตามที่จ่ายจริง ครั้งละไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาท
- (๙) กรณีเดินทาง (ไป - กลับ) จากสถานที่พัก (ภูมิลำเนา) ไปยังโรงพยาบาลในต่างจังหวัด ให้เบิกจ่ายตามที่จ่ายจริง ครั้งละไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท
- (๑๐) กรณีเดินทาง (ไป - กลับ) จากสถานที่พัก (ภูมิลำเนา) ไปยังโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ให้เบิกจ่ายตามที่จ่ายจริง ครั้งละไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท ”

ข้อ ๒ การใดซึ่งได้ดำเนินการโดยชอบตามประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติในการสงเคราะห์ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล พ.ศ. ๒๕๖๔ ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ใช้บังคับต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายสัมฤทธิ์ เลียงประสิทธิ์)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล