แบบ 7129

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เสนอ ผู้อำนวยการ.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน_ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ -_อายุ .....ปี
ตำแหน่ง.....สังกัดโรงเรียน.....
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาบึงกาฬ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ
มีประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับการรักษาพยาบาลของ

☐ ข้าพเจ้า
☐ คู่สมรส ชื่อ .....เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ -_ อายุ .....ปี
☐ บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ -_ อายุ .....ปี
☐ มารดา ชื่อ .....เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ -_ อายุ .....ปี
☐ บุตร ชื่อ .....เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ -_ อายุ .....ปี
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ .....
☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
ซึ่งได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล.....
ตั้งอยู่.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่ .....ถึงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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