

## คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครสวรรค์  
เลขที่ประจำตัวประชาชน..... หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

โดยข้าพเจ้ามีสิทธิในกรณี  เป็น อสม. ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. ....

เป็น อสม. ดีเด่น ระดับจังหวัด ปี พ.ศ. ....

ในการนี้ขอรับสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ ของ

ตัวข้าพเจ้า

บุคคลในครอบครัว มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ชื่อ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อโรงพยาบาล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตาม ระเบียบกระทรวง  
สาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 ข้อ 28 และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย  
การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ.2562

(ลงชื่อ อสม.).....

(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

เสนอ สาธารณสุขอำเภอแม่วงก์

ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้ มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบระเบียบกระทรวง  
สาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 ข้อ 28 และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย  
การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ.2562 สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

เอกสารที่ต้องแนบ

- สำเนาบัตรประจำตัว อสม.
- บัตรประจำตัวประชาชนบุคคลในครอบครัว (กรณีขอใช้สิทธิบุคคลในครอบครัว)