



คำร้องขอรับบริการพาหนะรับ – ส่ง “ผู้ป่วยติดเตียง” ไปรับการรักษา หรือตรวจตามแพทย์นัด
(รถตู้พยาบาล Ambulance)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริการส่วนต่าบลบางเสาธง

ข้าพเจ้า (ผู้เขียนคำร้อง).....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... บ้านเลขที่.....หมู่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....ขอยื่นคำร้องต่อ

นายกองค้การบริการส่วนต่าบลบางเสาธง โดยมีเอกสารประกอบดังนี้

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

() สำเนาทะเบียนบ้าน

() สำเนาใบนัดพบแพทย์

() อื่นๆ.....

ด้วยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับบริการพาหนะรับ – ส่ง ผู้ติดเตียงป่วย ไปรับการรักษา หรือตรวจตามแพทย์นัด

ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ () ชาย () หญิง

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....สถานภาพ.....ศาสนา.....

โรคประจำตัว.....

รับการรักษาที่.....สิทธิการรักษา.....

ผู้ดูแล.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ลักษณะการเจ็บป่วย ที่ความจำเป็นต้องขอรับบริการพาหนะรับ – ส่ง ผู้ป่วย ไปรับการรักษา หรือตรวจตามแพทย์นัด

ขอความอนุเคราะห์ให้นำส่ง (สามารถยื่นคำร้องขอตามใบนัดในเดือนเดียวกันในคำร้องเดียวกันได้)

ครั้งที่ 1 โรงพยาบาล.....วันที่.....เวลา.....

ครั้งที่ 2 โรงพยาบาล.....วันที่.....เวลา.....

ครั้งที่ 3 โรงพยาบาล.....วันที่.....เวลา.....

ครั้งที่ 4 โรงพยาบาล.....วันที่.....เวลา.....

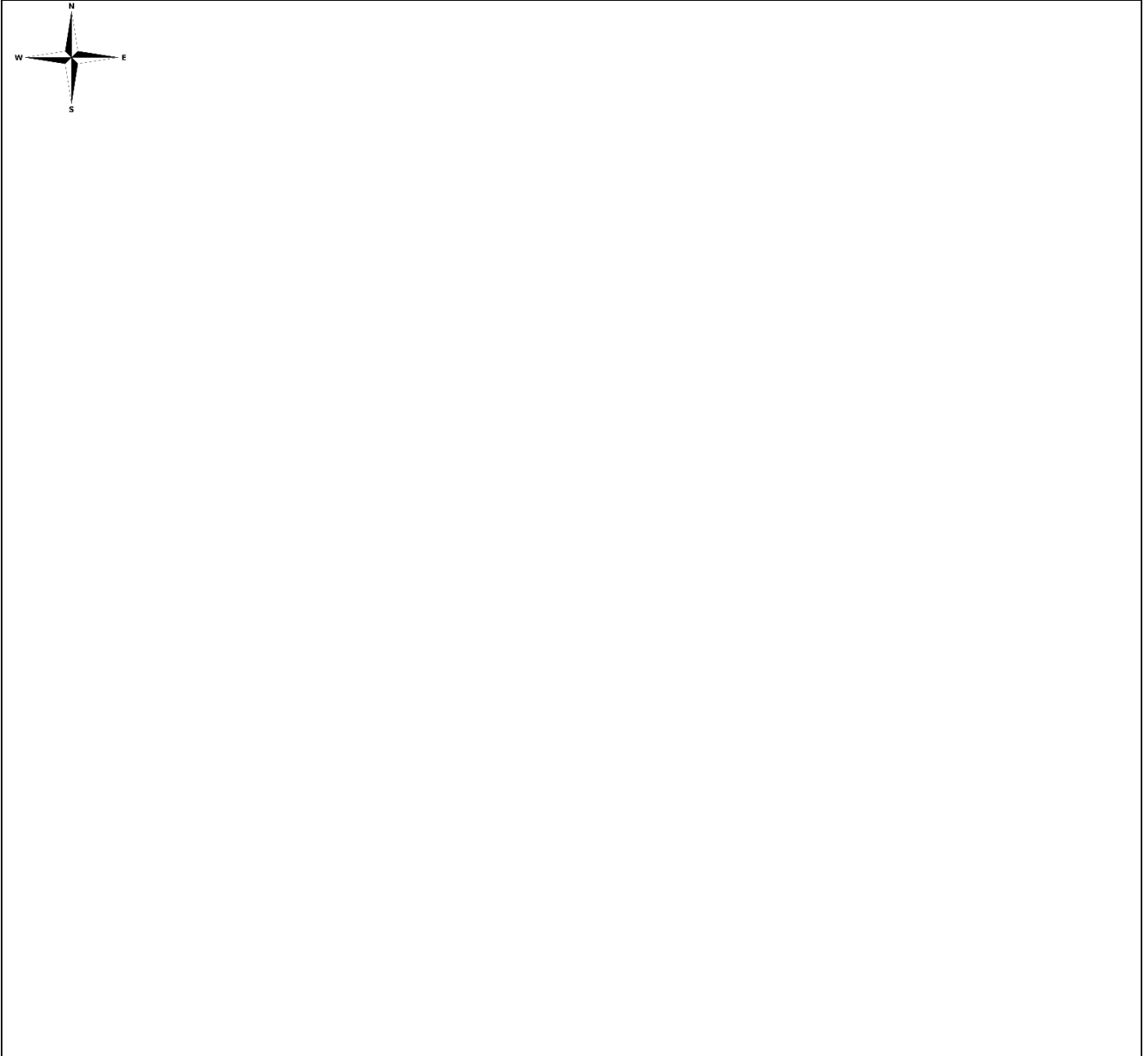
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

แผนที่บ้านผู้ป่วย
(จำเป็นต่องรอก)

บ้านเลขที่..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....



หมายเหตุ

1. เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ได้รับมอบอำนาจต้องลงทะเบียนขอรับช่วยเหลือประชาชน เพื่อให้คณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนให้ความเห็นชอบก่อน
2. **ในกรณีฉุกเฉินแนะนำโทร 1669** เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ประเมินอาการผู้ป่วยและจัดส่งรถพยาบาลที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย
3. กรุณายื่นคำร้องก่อนวันพบแพทย์ ไม่น้อยกว่า 7 วัน