



|                     |
|---------------------|
| นาง.พนจ.กระบี่      |
| เลขที่รับ ๑๑๕๐/๖๘   |
| วันที่ 24 ก.ค. 2567 |
| เวลา                |

ที่ กบ ๐๐๐๓.๔/๓๒๔

สำนักงานคลังจังหวัดกระบี่  
ถนนอุตรกิจ กบ ๘๑๐๐๐

๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิ  
ในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกระบี่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ  
ที่ไม่สามารถเดินทางมายืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง จำนวน ๑ ฉบับ
๒. หนังสือยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น จำนวน ๑ ฉบับ
๓. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น จำนวน ๑ ฉบับ
๔. แผ่นประชาสัมพันธ์ จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่กรมบัญชีกลางอนุมัติแนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุรายได้น้อย  
ที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพิ่มอีก ๙ เดือน ๆ ละ ๑๐๐ บาท  
ในเดือนมีนาคม ๒๕๖๗ (๓๐๐ บาท) มิถุนายน ๒๕๖๗ (๓๐๐ บาท) และจ่ายเดือนกันยายน ๒๕๖๗ อีก ๓๐๐ บาท  
เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้สูงอายุ ที่ได้ผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือเข้าบัญชีบุคคลอื่น  
หรือบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นกรณียื่นหนังสือยินยอมมา ที่สำนักงานคลังจังหวัดกระบี่ ในส่วนของจังหวัดกระบี่มีบุคคล  
ที่ยังโอนเงินไม่สำเร็จจำนวน ๒,๑๔๒ ราย และยังไม่ยืนยันตัวตน จำนวน ๑,๔๒๕ ราย นั้น

ในการนี้ สำนักงานคลังจังหวัดกระบี่ ขอเรียนว่า กรมบัญชีกลางจะดำเนินการโอนเงินให้แก่  
ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ ของเดือนกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๗ ในวันที่ ๑๑ - ๑๓ กันยายน ๒๕๖๗  
ดังนั้น เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ ดังกล่าว จึงขอความอนุเคราะห์ท่านช่วยประชาสัมพันธ์ให้กับกลุ่ม  
ผู้สูงอายุและผู้พิการ ดังนี้

๑. ผู้มีสิทธิที่เกิดก่อนวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๗ ที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน ขอให้ผู้มีสิทธิทำการ  
ยืนยันตัวตน ภายในวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขา หากไม่สามารถไปยืนยันตัวตนได้  
ผู้มีสิทธิสามารถทำหนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถเดินทาง  
มายืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)

๒. ผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ เนื่องจากยังไม่มีบัญชีพร้อมเพย์ บัญชีปิดไปแล้ว บัญชีไม่เคลื่อนไหว ฯลฯ  
ขอให้ผู้มีสิทธิทำการผูกบัญชีพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิ ภายในวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๗  
และกรณีที่ไม่สามารถเปิดบัญชีและผูกพร้อมเพย์ได้ สามารถยื่นหนังสือยินยอมให้โอนเงินเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น  
(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) หรือหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) ได้ที่  
สำนักงานคลังจังหวัด ภายในวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗

ทั้งนี้ ...

ทั้งนี้ สำนักงานคลังจังหวัดกระบี่ได้แนบแผนประชาสัมพันธ์ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔) มาพร้อมนี้แล้ว หากมีข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อประสานงานได้ที่ นางสาวรสรินทร์ รุ่งนิธิวรวิทย์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการคลังปฏิบัติงานทางโทรศัพท์ ๐๗๕ ๖๑๑ ๑๓๑ ต่อ ๓๑๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายทราบต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวลักขณา สุภาพ)  
คลังจังหวัดกระบี่

กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด  
โทร. ๐ ๗๕๖๑ ๑๑๓๑ ต่อ ๓๑๐ - ๓๑๔  
โทรสาร ๐ ๗๕๖๒ ๒๕๐๓  
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [kbi@cgd.go.th](mailto:kbi@cgd.go.th)

## หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถเดินทางมาลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี .....

ได้มอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว) .....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี .....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการในการลงทะเบียนโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 แทนข้าพเจ้า  
จนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้า  
ได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
  2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ลงทะเบียน (ผู้มอบอำนาจ) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ หรือลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
  3. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) หรือใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น  
สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ  
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป  
ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพยได้)

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 ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพยได้

อินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ 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 เพื่อให้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ  
 โครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ได้รับสิทธิ์โครงการ  
(.....) ตัวบรรจง

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

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ชื่อ..... พยาน  
 (.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ 1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน  
2. กรุณามอบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง  
และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง  
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร  
สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง  
4. สำเนาหนังสือมอบบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เดือหรือ/กระแสรายอื่น (ยกเว้นประเภท  
เงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่ระบุเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง  
5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น  
 สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ  
 (เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป  
 ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้)

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 □□□-□□□-□□□□  
 เป็นผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง  
☐ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่าน  
 บัญชีธนาคาร ..... เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□  
 ซึ่งเป็นบัญชีของ (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 โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า  
 เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ  
 ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

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

ลงชื่อ..... ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน  
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน  
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน  
 (.....) ตัวบรรจง

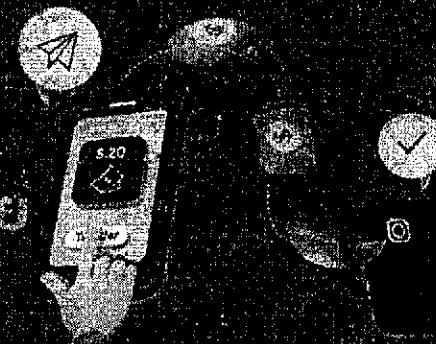
หมายเหตุ

1. การลงทะเบียนให้ข้อมูลและผูกบัญชีการให้ยอมรับ
2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชน (ถ้าตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมแนบใบรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน หรือแนบใบรับรองสำเนาถูกต้อง
3. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้รับโอน: เงินสวัสดิการแทนเช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น หรือแนบใบแจ้งรับทราบถูกต้อง
4. ข้อมูลการผูกบัญชีให้สอดคล้องตามการประมวล ของระบบระบบการผูกบัญชี/การผูกบัญชี (เช่น เก็บสำเนาหลักฐานการผูกบัญชี/เอกสารหลักฐาน/บัญชีที่มีใบแจ้ง) ของผู้รับโอนสวัสดิการแทน หรือแนบใบรับรอง/แนบหลักฐาน
5. ไม่ได้รับรองแพทย์ (ถ้ามี)



## สำนักงานคลังจังหวัดกระบี่

การโอนเงินสงเคราะห์เพื่อการยังมีชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย  
ที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



ดำเนินการโอนเงินให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ ของเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2567  
ในวันที่ 11 - 13 กันยายน 2567 ในอัตรา 100 บาทต่อเดือน  
ดังนั้น เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ฯ ดังกล่าว ขอให้ผู้มีสิทธิทำตามขั้นตอน ดังนี้

1

ผู้มีสิทธิที่เกิดก่อนวันที่ 1 ก.ย. 2507  
ที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e-KYC)  
ขอให้ผู้มีสิทธิ ทำการยืนยันตัวตน  
ภายในวันที่ 26 ส.ค. 2567



2

### ผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject)

เนื่องจาก ยังไม่มีบัญชีพร้อมเพย์ บัญชีปิดไปแล้ว บัญชีไม่เคลื่อนไหว ฯลฯ  
ขอให้ผู้มีสิทธิผู้บัญชีพร้อมเพย์ด้วยเลขประจำตัวประชาชน  
ได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา ภายในวันที่ 5 ก.ย. 2567  
กรณีไม่สามารถเปิดบัญชีและผูกพร้อมเพย์ได้ สามารถยื่นหนังสือยินยอมฯ  
ได้ที่สำนักงานคลังจังหวัด ภายในวันที่ 20 ส.ค. 2567



สนง. คลังจังหวัดกระบี่



kbi@cgd.go.th



075 611 131



www.cgd.go.th/kbi

แบบตอบรับ

ประชาสัมพันธ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิ  
ในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

หน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ได้รับเอกสารประชาสัมพันธ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับ  
สิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ประกอบด้วย

- |                                                                                                                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ๑. สำเนาหนังสือสำนักงานคลังจังหวัดกระบี่ ที่ กบ ๐๐๐๓.๔/๓๒๔<br>ลงวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗                          | จำนวน ๑ ชุด  |
| ๒. หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ<br>ที่ไม่สามารถเดินทางมายืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. หนังสือยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น                                                       | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น                                                       | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. แผ่นประชาสัมพันธ์                                                                                            | จำนวน ๑ ฉบับ |

- ☐ รับทราบ และได้รับเอกสารครบถ้วน
- ☐ รับทราบ และได้รับเอกสารแต่เอกสารไม่ครบถ้วน
- ☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๗

หมายเหตุ : กรุณาตอบแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๗๕๖๑ ๒๕๘๖

หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ นางสาวดวงฤทัย ทองแก้ว ตำแหน่ง นักพัฒนาสังคม

หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๗๕๖๑ ๑๐๔๔