



คู่มือหรือแนวทางการให้บริการ

สำหรับผู้รับบริการ

(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ)

เทศบาลตำบลนาบอน

อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

แผนผังแสดงวิธีการขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน
(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ)

ยื่นคำขอลงทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน
(๑ นาที/ราย)

เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
บันทึกสอบถามเพิ่มเติม
(๓ นาที /ราย)

รวบรวมเอกสาร
เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
(๑ นาที/ราย)

เอกสารหลักฐานในการลงทะเบียน

- ๑.บัตรประจำตัวคนพิการ
- ๒.บัตรประจำตัวประชาชน
- ๓.ทะเบียนบ้านฉบับปัจจุบัน
- ๔.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร/แจ้งผล)
(๒ นาที/ราย)

★ หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด ★

★ ไม่มีค่าธรรมเนียมการให้บริการ ★



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ

- ๑.มีสัญชาติไทย
- ๒.มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลตำบลนาบอน
- ๓.มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๔.ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ





เอกสารหลักฐานประกอบการทำบัตรคนพิการ

กรณีไม่มีผู้ดูแล

- แบบคำขอมีบัตรคนพิการ
- ใบรับรองแพทย์
- รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

กรณีมีผู้ดูแล

- แบบคำขอมีบัตรคนพิการ
- ใบรับรองแพทย์
- รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
- หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการและสำเนาบัตรประจำตัวผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ
(กรณีที่ผู้ดูแลไม่ได้อาศัยอยู่ทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ)

- ★ กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนคนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ยื่นคำขอลงทะเบียน ฯ แทน
- ★ กรณีคนพิการไม่อาจยื่นคำขอลงทะเบียน ฯ ได้ ให้คนดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนโดยการมอบอำนาจ

เอกสารหลักฐานการมอบอำนาจ

- ๑.หนังสือมอบอำนาจ
- ๒.สำเนาทะเบียนบ้านผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ คนละ ๑ ฉบับ
- ๓.สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ คนละ ๑ ฉบับ

- ★ กรณีที่คนพิการย้ายเข้ามาในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลนาบอน :
คนพิการได้รับเงินเบี้ยความพิการจากท้องถิ่นอื่น และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่เทศบาลตำบลนาบอน จะต้องลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองที่เทศบาลตำบลนาบอนภายในหนึ่งเดือนที่มีการย้าย จึงจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการใน เดือนถัดไป ★

- ★ กรณีที่คนพิการย้ายออกจากเขตพื้นที่เทศบาลตำบลนาบอน :

คนพิการได้รับเงินเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลนาบอน และได้ย้ายออกจากพื้นที่เทศบาลตำบลนาบอน จะต้องลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาใหม่ ภายในหนึ่งเดือนที่มีการย้าย จึงจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการใน **เดือนถัดไป** ★



การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

กรมบัญชีกลางจะดำเนินการโอนเงินเข้า
บัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ผู้รับ
มอบอำนาจทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ

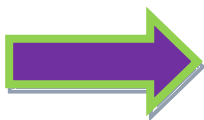
๑.ตาย

๒.ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ ๖

- ไม่มีสัญชาติไทย
- ไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลนาบอน
- ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

๓.แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือ

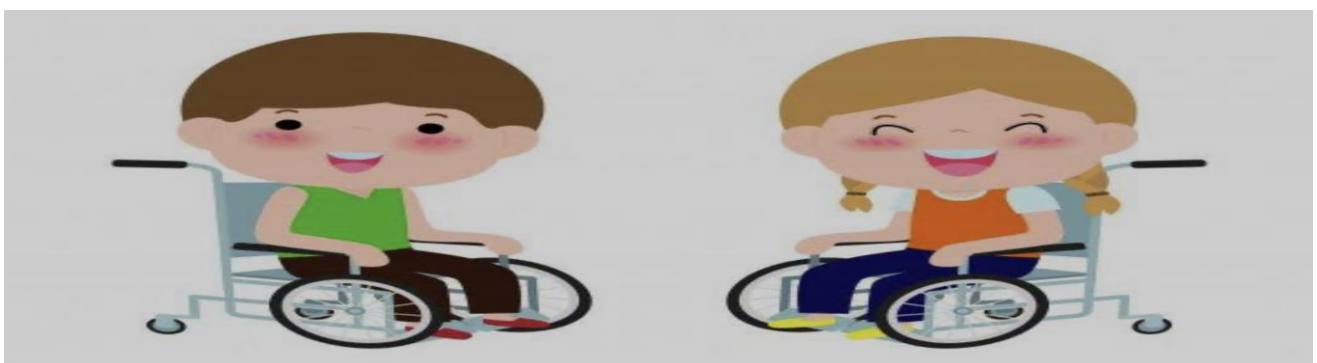
อัตราการจ่ายเบี้ย
ความพิการ



อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี รับเงิน ๑,๐๐๐ บาท



อายุ ๑๘ ปีหรือมากกว่า รับเงิน ๘๐๐ บาท



กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒



ติดต่อสอบถาม.....งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลนาบอน

หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๕๘

ความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) ๒ ๒ ๘ ๒๖ ๘	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรี/อบต..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็น ดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... นายกเทศมนตรี/นายก อบต..... วัน/เดือน/ปี.....	

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี
เลขที่ประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....
ตำแหน่ง.....ออกให้ ณ วันหมดอายุ.....

มีสถานภาพเป็น

☐

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ แทนข้าพเจ้าจน
เสร็จการ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำได้ด้วยตนเองทั้งสิ้น

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

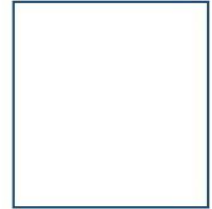
ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ ขอมีบัตรครั้งแรก

☐ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก

☐ บัตรเดิมหมดอายุ

☐ ขำรุค

☐ สูญหาย

☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๒ ชื่อ.....สกุล.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน

๑.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

Email Address.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

๑.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ อาชีวศึกษา (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา..... ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม

☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ อาชีพอื่นๆ (ระบุ).....

- ๓.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
 ๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
 ๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- ๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ มี ☐ ไม่มี
- ๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
- (๑) คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)
- (๒) ชื่อ.....นามสกุล.....
- (๓) เลขประจำตัวประชาชน
- (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดามารดา ☐ บุตร ☐ สามีหรือภรรยา ☐ พี่น้อง
☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลูกพี่ลูกน้อง ☐ บุคคลอื่นๆ (ระบุ).....
- (๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....
 Email Address.....
- (๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูล
 ส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....
 (.....) (.....)

คนพิการ

ผู้รับมอบอำนาจ

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....
 (.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- ☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
- ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคม
 และความมั่นคงของมนุษย์
- ☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
 (.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร