



ที่ ศธ ๐๔๑๓๘/ ๑ ๓๗/๒๒

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต ๑
ถนนรัตนวงษา อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ ๓๓๐๐๐

๗ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลและค่าการศึกษาบุตร

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนทุกโรงในสังกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ค่าการศึกษาบุตร จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต ๑ ขอแจ้งหลักเกณฑ์และวิธีการ
เบิกเงินค่ารักษาพยาบาล และค่าการศึกษาบุตรของข้าราชการและลูกจ้างประจำมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุเทพ ศรีบุญทอง)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต ๑ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต ๑

กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์

โทร.๐๘-๖๔๖๑-๖๔๗๔

1. หลักเกณฑ์และวิธีการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 1

- ผู้มีสิทธิเบิก ได้แก่ ข้าราชการ, ลูกจ้างประจำ และผู้รับบำนาญ ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 1
- วัน เวลา ในการดำเนินการ
ส่งเอกสารภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารถูกต้องครบถ้วนจะได้รับเงินภายในเดือนนั้น โดยโอนผ่านบัญชีเงินเดือน
- ขั้นตอนการปฏิบัติในการเบิกค่ารักษาพยาบาล
 - 1.หนังสือนำส่ง (โรงเรียน) บันทึก (สพป.ศก.เขต 1) ขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (กรณีข้าราชการบำนาญไม่ต้องใช้)
 - 2.หนังสือใบสำคัญสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จำนวน 1 ฉบับ (ผอ.รร.ลงนามผู้เบิก)
 - 3.แบบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7131) (ผอ.เขต/ผอ.รร.ลงอนุมัติเบิก)
 - 4.กรณีเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี ต้องแนบคำชี้แจงประกอบการขอเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีด้วย
- หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
 - 1.กรอกแบบคำขอ (แบบ7131) ให้ครบถ้วนถูกต้อง
 - 2.แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินและหลักฐานอื่นๆ แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน
-กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลเอกชนต้องแนบ ใบรับรองแพทย์ และหลักฐานการไม่ได้รับอนุมัติการจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) Emergency Claim Oline : EMCO (ถ้ามี)
-ใบเสร็จรับเงินนอกเหนือจากค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ เช่น ค่าอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลต้องใส่รหัสอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุขรายการนั้น ๆ ในใบเสร็จรับเงินด้วย เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนด
ค่ายานอกบัญชีหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองจากสถานพยาบาลแนบด้วย (ใบเสร็จรับเงินมีอายุ 1 ปี นับจากวันที่ถึงในใบเสร็จรับเงิน)
 - 3.กรณีเบิกสำหรับตนเอง ต้องแนบเอกสารดังนี้
- สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ หรือทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ, ผู้รับบำนาญ, และลูกจ้างประจำ)
-ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)
 - 4.กรณีเบิกให้บิดา ต้องแนบเอกสารดังนี้
-สำเนาบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านผู้เบิก (ข้าราชการ, ผู้รับบำนาญ และลูกจ้างประจำ)
-สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา
-สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือ สำเนาคำพิพากษาศาลว่าเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า
-ใบเปลี่ยน ชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

5.กรณีเบิกให้มารดา ต้องแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ,ผู้รับบำนาญ, และลูกจ้างประจำ)
- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของมารดา
- ใบเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

6.กรณีเบิกให้คู่สมรส ต้องแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ,ผู้รับบำนาญ และลูกจ้างประจำ)
- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
- สำเนาทะเบียนสมรส (ระหว่างผู้เบิกและคู่สมรส)
- ใบเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

7.กรณีบิดาเบิกให้บุตร ต้องแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ,ผู้รับบำนาญ และลูกจ้างประจำ)
- สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษาศาลว่า

เป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือ สำเนาทะเบียนหย่า

- ใบเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

-กรณีเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้บุตร บุตรต้องมีอายุตั้งแต่แรกเกิด - อายุ 20

ปีบริบูรณ์

8.กรณีมารดาเบิกให้บุตร ต้องแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ,ผู้รับบำนาญ,ลูกจ้างประจำ)
- สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่มารดามีความประสงค์จะขอเบิกเงิน

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้แก่บุตร ให้แนบเอกสารของใช้สิทธิ์ทุกครั้งที่ได้รับเงินสวัสดิการ
ค่ารักษาพยาบาล

- กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่จดทะเบียนหย่าให้แนบสำเนาทะเบียนหย่า

-กรณีเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้บุตร บุตรต้องมีอายุตั้งแต่แรกเกิด - อายุ 20 ปี

บริบูรณ์

บันทึกคำชี้แจงประกอบการขอเบิก "ค่าตรวจสุขภาพประจำปี"

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

อายุ.....ปี เกิดเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.

ตำแหน่ง..... ระดับ โรงเรียน

สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 1 ขอเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปี

งบประมาณ พ.ศ. เป็นครั้งแรก กับโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

เป็นเงิน..... บาท (.....) ใบเสร็จลงวันที่.....

1

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ

- ตนเอง
 - คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 - บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 - มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 - บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....
.....บาท
(.....)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ
- เฉพาะส่วนที่ขาดจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เฉพาะส่วนที่ขาดจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....)และ

- (1) ข้าพเจ้า
 - ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 - เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2)ข้าพเจ้า
 - ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 - มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อุปถัมภ์สิทธิของผู้เป็น

4. เลขบ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

2. หลักเกณฑ์และวิธีการเบิกเงินสวัสดิการการศึกษาบุตร
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 1

➤ วัน เวลา ในการดำเนินการ

ส่งเอกสารภายใน วันที่ 10 ของทุกเดือน เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารถูกต้องครบถ้วน จะได้รับเงินภายในเดือนนั้น โดยโอนผ่านบัญชีเงินเดือน

➤ ขั้นตอนการปฏิบัติในการเบิกค่าการศึกษาบุตร

- 1.หนังสือนำส่ง (รร.) / บันทึกร (สพป.ศก.เขต 1) ขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่าการศึกษาบุตร (กรณีข้าราชการบำนาญไม่ต้องใช้)
- 2.หนังสือใบสำคัญสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร จำนวน 1 ฉบับ (ผอ.รร.ลงนามผู้เบิก)
- 3.แบบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่าการศึกษาบุตร (แบบ7223) (ผอ.เขต/ผอ.รร.ลงนามอนุมัติเบิก)
- 4.แนบเอกสารใบเสร็จรับเงิน และหลักฐานอื่น ๆ และแต่กรณีให้ครบถ้วน
-ใบเสร็จรับเงินที่ออกจากสถานศึกษา ให้แนบประกาศจัดเก็บของโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย เกี่ยวกับเรื่องค่าธรรมเนียมการศึกษาและค่าธรรมเนียมอื่น เพื่อตรวจสอบรายการที่เบิกไม่ได้ตามระเบียบการเบิกเงินสวัสดิการค่าการศึกษา ใบเสร็จรับเงินมีอายุ 1 ปี นับจากวันเปิดภาคเรียน บุตรที่สามารถเบิกค่าการศึกษาบุตรจะต้องมีอายุตั้งแต่ 3 ปีบริบูรณ์ – 25 ปีบริบูรณ์

ประเภทและอัตราเงินค่าเล่าเรียนในสถานศึกษารัฐบาล
(หนังสือกรมบัญชีกลางด่วนที่สุด ที่ กค.0422.3/ว257 ลว.28 มิถุนายน 2559)

| ลำดับ | ระดับการศึกษา | จำนวนเงิน |
|-------|--|-----------|
| 1 | ระดับอนุบาล/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 5,800 |
| 2 | ระดับประถมศึกษา/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 4,000 |
| 3 | ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 4,800 |
| 4 | ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 4,800 |
| 5 | ระดับอนุปริญญา/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 13,700 |
| 6 | ระดับปริญญาตรี ปีละไม่เกิน | 25,000 |

ประเภทและอัตราเงินค่าเล่าเรียนในสถานศึกษาเอกชน
ที่ไม่รับเงินอุดหนุน

| ลำดับที่ | ระดับการศึกษา | จำนวนเงิน |
|----------|--|-----------|
| 1 | ระดับอนุบาล/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 13,600 |
| 2 | ระดับประถมศึกษา/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 13,200 |
| 3 | ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 15,800 |
| 4 | ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 16,200 |
| 5 | ระดับ ปวช./ปวส. ตามประเภทวิชาหรือสายวิชา | - |
| 6 | ป.ตรี (ครึ่งหนึ่งของที่จ่ายจริงตามใบเสร็จ) ปีละไม่เกิน | 25,000 |

ประเภทและอัตราเงินค่าเล่าเรียนในสถานศึกษาเอกชน
ที่รับเงินอุดหนุน

| ลำดับที่ | ระดับการศึกษา | จำนวนเงิน |
|----------|--|-----------|
| 1 | ระดับอนุบาล/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 4,800 |
| 2 | ระดับประถมศึกษา/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 4,200 |
| 3 | ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 3,300 |
| 4 | ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ปีละไม่เกิน | 3,200 |
| 5 | ระดับ ปวช./ปวส. ตามประเภทวิชาหรือสายวิชา | - |
| 6 | ป.ตรี (ครึ่งหนึ่งของที่จ่ายจริงตามใบเสร็จ) ปีละไม่เกิน | 25,000 |

➤ หลักฐานที่ใช้ประกอบการเบิกเงินสวัสดิการค่าการศึกษาบุตร

- 1.กรอกแบบคำขอ (แบบ 7223) ให้ครบถ้วนถูกต้อง
 - 2.แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินและหลักฐานอื่นๆ แล้วแต่กรณีให้ครบถ้วน
 - 3.กรณีบิดาเบิกให้บุตร ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ)
 - สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านบุตร
 - สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา หรือ สำเนาหนังสือรับรองบุตร หรือสำเนาคำพิพากษาศาล
- ว่าเป็นที่บุตรชอบด้วยกฎหมาย หรือสำเนาทะเบียนหย่า
- ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
- 4.กรณีมารดาเบิกให้บุตร ต้องแนบเอกสารดังนี้
 - สำเนาบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก (ข้าราชการ, ผู้รับบำนาญ, และลูกจ้างประจำ)

- สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านบุตร
- กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่มารดามีความประสงค์จะขอเบิกเงินสวัสดิการค่าการศึกษาบุตร ให้แนบเอกสารขอใช้สิทธิ์ทุกครั้งที่ได้รับเงินสวัสดิการค่าการศึกษาบุตร
- กรณีที่คู่สมรสของฝ่ายหญิงเป็นข้าราชการ แต่จดทะเบียนหย่าให้แนบสำเนาทะเบียนหย่า

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

| | |
|----|---|
| 1. | ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด..... |
| 2. | คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ..... <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ / หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง.....สังกัด..... |
| 3. | ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอให้สิทธิเนื่องจาก <input type="checkbox"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย <input type="checkbox"/> เป็นมารดา |
| 4. | ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ (1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน 1) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 2) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท 3) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... |

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน บาท
 (.....) ก

6. เลขอ ข

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร และข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง

บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว

คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานรองทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน..... บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก
 (ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
 (.....)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้
 (ลงชื่อ).....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

8. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท
 (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน
 (.....)
 (ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก ให้ระบุมารมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ข ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ