

แบบยื่นคำร้องอุทธรณ์การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่ยื่นคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี ไม่มี

๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....

(ระบุให้ทราบถึงภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบเศรษฐกิจ)

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๓.๑ ชื่อ - สกุล

๓.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๓. เหตุผลในการยื่นคำร้องอุทธรณ์

๒.๑ วันที่ได้รับแจ้งผลการอุทธรณ์

๒.๒ เหตุผลในการอุทธรณ์

(บรรยายเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาของคณะกรรมการ)

.....

.....

.....

.....

.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้องอุทธรณ์

สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาเปลี่ยนชื่อ-สกุล

สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร

ใบคำขอโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร

อื่นๆ

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้องอุทธรณ์

(.....)