![Description: images[1]]()

ที่ สฎ ๑๑๓๒/๖๐๘ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนม

 หมู่ที่ ๑ ตำบลพนม อำเภอพนม

 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๒๕๐

 ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนม

 ด้วย นางสาวจำรัส ทนเมือง อายุ ๗๙ ปี เลขประจำตัวประชาชน ๓ ๙๐๐๘ ๐๐๑๗๖ ๑๒ ๖ อยู่บ้านเลขที่ ๗๒ หมู่ที่๑๒ ตำบลต้นยวน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์ ๘๔๒๕๐ เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ซึ่งเป็นมารดา ของ อสม.ชื่อ นางสาวอ่อนอนงค์ หมัดอุเส็น ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยใน และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

 จึงขอรับรองว่า ด้วย นางสาวจำรัส ทนเมือง เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. และผู้มีคุณสมบัติตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ จากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

 ขอแสดงความนับถือ

(นายสมาน วังฉาย)

สาธารณสุขอำเภอพนม

 โทร.๐-๗๗๓๙-๙๐๑๔

โทรสาร. ๐-๗๗๓๙-๙๑๑๐

**คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล**

................................................................

 ข้าพเจ้า นางสาวอ่อนอนงค์ หมัดอุเส็น ๓๖ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๕๔ หมู่ที่ ๙ ตำบลต้นยวน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์ ๘๔๒๕๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๑-๗๒๐๒๐๙๕ เลขที่ประจำตัวประชาชน ๑๘๐๑๒๐๐๐๒๑๑๖๐ มีความประสงค์ขอหนังสือ รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ

 คู่สมรส ชื่อ.....................................................เลขประจำตัวประชาชน.........................................

 บิดา ชื่อ.......................................................เลขประจำตัวประชาชน.........................................

 มารดา ชื่อ นางสาวจำรัส ทนเมือง เลขประจำตัวประชาชน ๓ ๙๐๐๘ ๐๐๑๗๖ ๑๒ ๖

 บุตร ชื่อ........................................................เลขประจำตัวประชาชน........................................

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

และ ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ โรงพยาบาลพนม อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่วันที่ ..............................................................

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นางสาวจำรัส ทนเมือง เป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒

 ลงชื่อ.........................................................

 (นางสาวอ่อนอนงค์ หมัดอุเส็น)

 วันที่...........เดือน.........................พ.ศ.........

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

**เสนอ สาธารณสุขอำเภอพนม**

 ขอรับรองว่า นางสาวจำรัส ทนเมือง เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ นางสาวอ่อนอนงค์ หมัดอุเส็น จึงมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ สมควรออกหนังสือรับรองได้

 ลงชื่อ.........................................................

 (นายกิตติพงษ สองวิหค)

 ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต.ต้นยวน

 วันที่...........เดือน.........................พ.ศ.........

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย