

แบบคำขอรับบริการยานพาหนะรับ-ส่งผู้ทุพพลภาพ
เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล (สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน)
องค์การบริหารส่วนตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

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

1. ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ / ผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล: อายุ: ปี
เลขประจำตัวประชาชน:
ที่อยู่ปัจจุบัน: เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก:

2. รายละเอียดการขอใช้บริการ

วัน/เดือน/ปี ที่ต้องการใช้รถ:
เวลาที่ต้องการให้ไปรับ: น. เวลาที่คาดว่าจะกลับ: น.
สถานที่รับ: ที่อยู่ปัจจุบัน อื่นๆ (ระบุ)
จุดหมายปลายทาง (ชื่อสถานพยาบาล):

วัตถุประสงค์:

ไปตามนัดหมายแพทย์ (มีใบนัด)
 รับการบำบัดฟื้นฟู/กายภาพบำบัด
 อื่นๆ (ระบุ)

3. รายละเอียดความช่วยเหลือเพิ่มเติม

อุปกรณ์ที่นำไปด้วย: รถเข็น (Wheelchair) อุปกรณ์ช่วยเดิน อื่นๆ
จำนวนผู้ติดตาม: คน (รวมผู้ป่วยเป็น คน)
สภาพความช่วยเหลือตนเอง: ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ติดเตียง

4. เอกสารแนบประกอบ (ถ้ามี)

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ / ใบรับรองความทุพพลภาพ
 สำเนาใบนัดหมายของสถานพยาบาล

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ/ผู้แจ้ง
(.....)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย:

ส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ (สำหรับพิจารณา)
ความเห็นของผู้เจ้าหน้าที่: อนุมัติ ไม่อนุมัติ
เนื่องจาก
รถที่จัดสรร: พนักงานขับรถ:
.....