

แบบรับคำร้องขอทำบัตรนอกสถานที่ กรณีผู้ป่วยติดเตียง คนชรา และผู้พิการจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้
และมีความจำเป็นที่จะต้องใช้บัตรประจำตัวประชาชนแสดงตนในกรณีเร่งด่วน

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

๑. ข้อมูลบุคคลผู้แจ้ง

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....
มีความสัมพันธ์กับผู้ขอมีบัตรในฐานะ.....

๒. ผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้บัตรประจำตัวประชาชนแสดงตนในกรณีเร่งด่วน สภาพทางกายภาพจนไม่สามารถ
เคลื่อนย้ายได้ เป็นบุคคลกรณี ผู้ป่วยติดเตียง คนชรา ผู้พิการ

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
สัญชาติ.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์.....
สภาพทางกาย.....พักอาศัยอยู่
 บ้าน.....
 โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....

๓. ให้จัดทำแผนที่โดยสังเขปด้านหลังแบบคำร้องนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

๔. ความเห็นของเจ้าหน้าที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับแจ้ง
(.....)

ตำแหน่ง.....

๕. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

๖. ความเห็นของผู้บังคับบัญชา/พนักงานเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....