

# แบบขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินเบี้ยยังชีพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินเบี้ยยังชีพ (ผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์)

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองเก่า

ตามที่ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่/.....

ชุมชน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าขอยกเลิกการรับเงินเบี้ยยังชีพ (ผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์) เดิม โดยวิธี

- รับเงินสดด้วยตัวเอง
- รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ บัญชีธนาคาร.....
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจผู้มีสิทธิ

ผู้ได้รับมอบอำนาจคือ นาย/นาง/นางสาว.....

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ใหม่ โดยขอรับเงินเบี้ยยังชีพ (ผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์) โดยวิธี

- รับเงินสดด้วยตัวเอง
- รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ บัญชีธนาคาร.....

เลขที่บัญชีธนาคาร.....ชื่อบัญชีธนาคาร.....

- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจผู้มีสิทธิตามหนังสือมอบอำนาจ

บัญชีธนาคาร.....เลขที่บัญชีธนาคาร.....

ชื่อบัญชีธนาคาร.....

(ลงชื่อ).....ผู้มีสิทธิ

(.....)