



หนังสือมอบอำนาจ

เพื่อการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์

ที่.....
วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว.....
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

มีความสัมพันธ์เป็น.....กับผู้รับเบี้ยยังชีพ ☐ ผู้สูงอายุ ☐ คนพิการ ☐ ผู้ป่วยเอดส์

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพแทนข้าพเจ้า

จำนวนเดือนละ ☐ ๕๐๐ บาท ☐ ๖๐๐ บาท ☐ ๗๐๐ บาท ☐ ๘๐๐ บาท ☐ ๙๐๐ บาท ☐ ๑,๐๐๐ บาท

แทนข้าพเจ้า จากเทศบาลเมืองวารินชำราบ ตำบลวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจ

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้รับมอบอำนาจ ธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ ไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

เลขประจำตัวประชาชน.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

หมายเหตุ เอกสารประกอบ 1.สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ 2.สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ 3.สำเนาบัญชีธนาคาร (ธนาคารกรุงไทย)