



สำนักงานคลังจังหวัดระนอง

การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

ที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



เดือนละ 100 บาท
ระยะเวลา 9 เดือน (ม.ค. - ก.ย. 67)



ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้รับสิทธิไปยืนยันตัวตน
ติดตั้งยืนยันตัวตน (e-KYC)
พร้อมบัตรประชาชน
ได้ที่ : ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา

ภายใน 26 ส.ค. 67

กรณี มีบัญชีธนาคาร
ติดต่อธนาคารที่มีบัญชีเงินฝาก
เพื่อผูกพร้อมเพย์ด้วยเลข
ประจำตัวประชาชน

ภายใน 5 ก.ย. 67

กรณี ไม่มีบัญชีธนาคารกรอก
แบบฟอร์มให้ความยินยอมโอนเงิน
เข้าบัญชีบุคคลอื่น พร้อมแนบเอกสาร
หลักฐานได้ที่ :
สำนักงานคลังจังหวัดทุกแห่ง

ภายใน 20 ส.ค. 67

เงื่อนไขการได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์

วันเดือนปีเกิด	เดือนที่ได้รับ สิทธิ	รอบการโอนเงิน			รวมจำนวนเงินที่ได้รับทั้ง สิ้น (บาท)
		ครั้งที่ 1 ม.ค. 67	ครั้งที่ 2 มิ.ย. 67	ครั้งที่ 3 ก.ย. 67	
เกิด <u>ก่อน</u> 1 ม.ค. 2507	ม.ค. - ก.ย. 67	300	300	300	900
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 ม.ค. 2507	ก.พ. - ก.ย. 67	200	300	300	800
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1-29 ก.พ. 2507	มี.ค. - ก.ย. 67	100	300	300	700
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1-31 มี.ค. 2507	เม.ย. - ก.ย. 67	-	300	300	600
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 30 เม.ย. 2507	พ.ค. - ก.ย. 67	-	200	300	500
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1-31 พ.ค. 2507	มิ.ย. - ก.ย. 67	-	100	300	400
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 30 มิ.ย. 2507	ก.ค. - ก.ย. 67	-	-	300	300
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 ก.ค. 2507	ส.ค. - ก.ย. 67	-	-	200	200
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1- 31 ส.ค. 2507	ก.ย. 67	-	-	100	100

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ :

☎ 077-800126 ต่อ 309 - 310 312 และ 304
🌐 www.cgd.go.th/rng
📍 สำนักงานคลังจังหวัดระนอง ศาลากลางจังหวัดระนอง ชั้น 1 ต.บางริ้น อ.เมืองระนอง จ.ระนอง



แบบฟอร์ม
ให้ความยินยอม



หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพยได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐ อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) ☐☐/☐☐/☐☐☐ สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐
เป็นผู้ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
☐ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพยได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้า
ผ่านบัญชีธนาคาร..... เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐☐☐☐-☐
ซึ่งเป็นบัญชีร่วมของข้าพเจ้ากับ (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐ อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) ☐☐/☐☐/☐☐☐ สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐
ในฐานะ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ..... ของข้าพเจ้า
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ
โครงการฯ ในกรณี ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้ถือบัญชีร่วม
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. กรุณานำแบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภท เงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น
สำหรับผู้ที่ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) □□/□□/□□□□ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ □□□-□□□-□□□□
เป็นผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
☐ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่าน
บัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□□-□
ซึ่งเป็นบัญชีของ (นาย/นาง/นางสาว)
เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) □□/□□/□□□□ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ □□□-□□□-□□□□
ในฐานะ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า
เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ
ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)