หนังสือมอบอำนาจรับเงินเบี้ยความพิการ

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... .....
บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่ ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ ออกให้ ณ
..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ ....
อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชุมชน ..... ตำบล .....
อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ขอมอบอำนาจให้.....
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ ออกให้
ณ ..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ .....
อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชุมชน ..... ตำบล ....
อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เป็นผู้รับเงินเบี้ยความพิการ งวดเดือนตุลาคม ๒๕๖๖ แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

<u>หมายเหตุ</u> กรุณากรอกข้อความและลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน พร้อมแนบเอกสาร ๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ๒. สำเนาบัตรประชาชนคนพิการ ๓. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ