



ที่ นพ ๗๓๑๐๕ / ๖ ๕๓๘

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าค้อ
๑๕๙ หมู่ ๔ ตำบลท่าค้อ อำเภอเมือง
จังหวัดนครพนม ๔๘๐๐๐

๓ สิงหาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธการเปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๗๐

เรียน กำนันตำบลท่าค้อ และผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แบบคำขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒.โปสเตอร์เปิดรับคำขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยอำเภอเมืองนครพนม ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสัมพันธการเปิดรับคำขอจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนสำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน และเป็นการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากการค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ โดยผู้พิการที่จะประสงค์ขอรับการจัดสรร ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดนครพนม สามารถยื่นคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการได้ที่สำนักงานขนส่งจังหวัดนครพนม ตั้งแต่วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙ นั้น

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลท่าค้อ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านกำนันตำบลท่าค้อ และผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน ประชาสัมพันธให้ผู้พิการในหมู่บ้านของท่านที่ประสงค์ขอรับการจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการได้ที่สำนักงานขนส่งจังหวัดนครพนม ตามวัน เวลาที่กำหนด รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดีเช่นเคย และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายชัยชนะ พวงเงิน)

รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปฏิบัติราชการแทน
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าค้อ

กองสวัสดิการสังคม อบต.ท่าค้อ

โทรศัพท์ : ๐๔๒-๕๓๒๕๖๗ โทรสาร : ๐๔๒-๕๓๒๕๖๗

E-mail : sarabano๖๔๘๐๑๐๔@dla.go.th

เปิดรับคำขอรับจัดสรรเงิน เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ อันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

• ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม - 30 กันยายน 2569 •



คุณสมบัติ

- สัญชาติไทย
- ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปด. ส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปด. ส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐมาแล้วเกินกว่า 3 ปี นับถึงวันที่ปิดรับคำขอ เว้นแต่
 - เป็นกรณีบาดเจ็บหรือแขนเทียมที่เคยได้รับความช่วยเหลือมาแล้วเกินกว่า 2 ปี
 - เป็นอุปกรณ์คนละประเภทกับที่เคยได้รับความช่วยเหลือ



สถานที่ยื่นคำขอ

- กรุงเทพมหานคร (ส่วนกลาง)
 - กรมการขนส่งทางบก อาคาร 2 ชั้น 5
 - ส่วนภูมิภาค
 - สำนักงานขนส่งจังหวัดทั่วประเทศ
- ยื่นคำขอออนไลน์ผ่านเว็บไซต์
<https://web.dlt.go.th/rssf/>
 สามารถยื่นคำขอพร้อมหลักฐานในวันและเวลาราชการ
 หมายเลข: สามารถยื่นคำขอแทนได้ ตามประกาศกรมการขนส่งทางบก



เอกสารประกอบการคำขอ

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรประจำตัวผู้พิการ รูปถ่าย
 - ผู้พิการ จำนวน 3 รูป
 - สภาพอุปกรณ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน จำนวน 1 รูป
 - สภาพแวดล้อมที่พักอาศัย จำนวน 2 รูป
- หลักฐานที่ทางราชการออกให้เพื่อยืนยันว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน



SCAN ME !



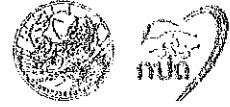
สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

Ins. 02-271-8888 ต่อ 2511-2512

เว็บไซต์ www.dlt.go.th



ให้ใจ ให้ทาง ให้ชีวิต ให้ความสุข



แบบคำขอ

การขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปด.)
สำหรับเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

๑. ข้อมูลผู้พิการที่ขอรับจัดสรร

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ./อื่นๆ)..... อายุ ปี

เลขประจำตัวของผู้พิการ/เลขบัตรประจำตัวประชาชน

สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....

ที่อยู่ตามภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

สถานที่พักอาศัย ☐ อาศัยอยู่กับครอบครัว ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ หอพัก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานภาพ : ก่อนพิการ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง/หม้าย จำนวนบุตร.....คน

: ปัจจุบัน ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง/หม้าย จำนวนบุตร.....คน

อาชีพ : ก่อนพิการ ☐ พนักงาน/ลูกจ้าง ☐ รับราชการ ☐ เกษตรกร ☐ ค้าขาย

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... ☐ ไม่มี

: ปัจจุบัน ☐ พนักงาน/ลูกจ้าง ☐ รับราชการ ☐ เกษตรกร ☐ ค้าขาย

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... ☐ ไม่มี

ภาระหน้าที่ในครอบครัว : ก่อนพิการ* ☐ เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ☐ ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

: ปัจจุบัน* ☐ เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ☐ ไม่ได้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

รายได้ต่อเดือน ไม่รวมเบี้ยผู้สูงอายุ หรือเบี้ยคนพิการ

ก่อนพิการ*.....บาท ปัจจุบัน*.....บาท

ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ-สกุล.....

เกี่ยวข้องเป็น..... โทรศัพท์.....

๒. ความพิการ*

๒.๑ อธิบายลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการในปัจจุบันโดยละเอียด.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๒ ลักษณะหรือสภาพความพิการ*

- ☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- ☐ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนคอยดูแล
- ☐ ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

๒.๓ ระยะเวลา : พิการมาแล้วปี เดือน (นับถึงวันยื่นแบบคำขอฯ)

๓.การได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ./หน่วยงานอื่น* (เคยได้รับความช่วยเหลือจากกองทุน หรือส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐเกินกว่า ๓ ปี นับถึงวันที่ปกรับคำขอ เว้นแต่กรณีเป็นขาเทียมหรือแขนเทียม ที่เคยได้รับความช่วยเหลือมาแล้วเกินกว่า ๒ ปี หรือเป็นอุปกรณ์คนละประเภทกับที่เคยได้รับความช่วยเหลือ)

๓.๑ การได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ.

- ☐ เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ. มาแล้วเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณ์ให้ชัดเจน.....

- ☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กปถ. มาก่อน

๓.๒ การได้รับความช่วยเหลือจากส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

- ☐ เคยได้รับความช่วยเหลือจากส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

(กรุณาระบุชื่อหน่วยงาน).....

เมื่อวันที่/เดือน/ปี/...../.....

ระบุประเภทและลักษณะอุปกรณ์ให้ชัดเจน.....

ได้รับโดยการ ☐ ยืมชั่วคราว ☐ บริจาค ☐ เบิกตามสิทธิ ☐ อื่น ๆ (ระบุ.....)

- ☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากส่วนราชการอื่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

๔. ข้อมูลอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ขอรับจัดสรร*

หน้า 3/8

๔.๑ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการในปัจจุบัน*

- ☐ ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทใดอยู่เลย
- ☐ ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทที่ขอรับจัดสรร แต่มีประเภทอื่น (ระบุ)
- ☐ มีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการประเภทที่ขอรับจัดสรร แต่มีสภาพ (ระบุ)
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๔.๒ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ต้องการขอรับจัดสรร ดังนี้

- ๔.๒.๑ ☐ แขนเทียม
- ๔.๒.๒ ☐ ขาเทียม
- ๔.๒.๓ ☐ กายอุปกรณ์เสริม (โลหะตามขา)
- ๔.๒.๔ ☐ รถนั่งสำหรับผู้พิการ
- ๔.๒.๕ ☐ เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ
- ๔.๒.๖ ☐ เครื่องดูดเสมหะ
- ๔.๒.๗ ☐ เครื่องผลิตออกซิเจน
- ๔.๒.๘ ☐ ที่นอน
- ๔.๒.๙ ☐ เตียงผู้ป่วย
- ๔.๒.๑๐ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

๔.๓ วัตถุประสงค์การใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร* (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน
- ☐ ใช้ในการเดินทางไปประกอบอาชีพ (ระบุอาชีพ).....
- ☐ ใช้ในการช่วยเหลือสังคมหรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (ต้องแนบเอกสารหลักฐานประกอบให้ชัดเจน เช่น ใบประกาศนียบัตร หนังสือแต่งตั้ง หนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย เป็นต้น)

กรณาระบุหรือบรรยายการใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรร พอสังเขป

.....

.....

.....

.....



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือ
ในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕
หากเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ และเมื่อได้รับจัดสรรเงินอุปกรณ์ช่วยเหลือแล้ว
ข้าพเจ้าจะใช้อุปกรณ์ที่ได้รับจัดสรรตามปกติวิสัยตลอดการใช้งาน โดยไม่นำอุปกรณ์ดังกล่าวไปจำหน่าย
แจกจ่าย หรือยกให้บุคคลอื่น ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะบำรุงรักษาอุปกรณ์ดังกล่าวให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ตามปกติ
หากตรวจพบว่าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะส่งคืนอุปกรณ์ให้กับหน่วยงาน
ที่ขอรับจัดสรรและรับทราบว่าจะต้องถูกตัดสิทธิในการยื่นคำขอรับจัดสรรใหม่

ลงชื่อ ผู้ขอรับจัดสรร

(.....)

วันที่

หมายเหตุ กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือได้ ให้ผู้ยื่นคำขอแทน เป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้ขอรับจัดสรร



กรณียื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร

ยื่นคำขอแทนผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และเป็นการขอรับการช่วยเหลือในส่วนที่นอกเหนือจากค่าสินไหมทดแทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ หากเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ขอรับจัดสรร
(.....)
วันที่.....

กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง (ไม่ได้เป็นญาติใกล้ชิด หรือผู้แทนโดยชอบธรรม) (ผู้รับรอง) ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลของรัฐที่สูงกว่า)

ตามหนังสือรับรองเลขที่.....ลงวันที่.....

ออกโดย :

- ☐ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัด.....
- ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล.....
- ☐ สถานพยาบาลของรัฐ.....

แผนที่

ก
ค

สภาพพื้นที่โดยรอบที่พักอาศัยหรือบ้านพัก

(พร้อมรูปถ่ายสภาพพื้นที่บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักโดยรอบ จำนวน ๒ รูป กรณีขอรับจัดสรรอุปกรณ์รถนั่งไฟฟ้า)

หมายเหตุ ๑. สามารถขอรับแบบคำขอรับจัดสรรเงินเป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการฯ และจัดส่งแบบคำขอฯ ได้ที่

- สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก
อาคาร ๒ ชั้น ๕ โทร. ๐-๒๒๗๑-๘๘๘๘ ต่อ ๒๕๑๑ - ๒๕๑๕ หรือโทร ๐-๒๒๗๑-๘๗๐๖
- สำนักงานขนส่งจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ

๒. ภายหลังรับทราบการแจ้งผลได้รับพิจารณาอนุมัติจัดสรรฯ จากคณะอนุกรรมการฯ หากมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอุปกรณ์ ต้องแจ้งสำนักงานขนส่งจังหวัด หรือ สำนักงานกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนพิจารณาภายใน ๑๕ วัน

๓. หากผู้ได้รับจัดสรรไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรมการขนส่งทางบก ต้องคืนเงินตามมูลค่าอุปกรณ์ตามที่ได้รับจัดสรร/และหรือชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้นแก่กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และยินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ ผู้ขอรับจัดสรรยื่นแบบคำขอด้วยตนเอง☐ ผู้ยื่นคำขอแทนผู้พิการ

ชื่อผู้ยื่นคำขอแทน (นาย/นาง/นางสาว).....

ความเกี่ยวข้องกับผู้พิการ

☐ ๑. ผู้ดูแลคนพิการตามที่ระบุไว้ในบัตรประจำตัวคนพิการ☐ ๒. ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(กรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์)/ผู้พิทักษ์(กรณีที่ผู้พิการเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ)/ผู้อนุบาล(กรณีที่ผู้พิการเป็นคนไร้ความสามารถ)☐ ๓. บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน/พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน☐ ๔. ผู้ดูแลผู้พิการตามความเป็นจริง ซึ่งมี นาย/นาง/นางสาว..... เป็นผู้รับรอง

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้พิการ (บันทึกเพิ่มเติมจากการพูดคุยกับผู้ยื่นคำขอ ในการสอบถามข้อมูลที่กรอกในแบบคำขอ และความเห็นเพิ่มเติมของผู้รับคำขอ)

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....

สังกัด..... ได้ตรวจสอบข้อมูลในแบบคำขอครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

เอกสารประกอบการขอรับจัดสรร

- ☐ ๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานแสดงตนอื่นใดที่ทางราชการออกให้
- ☐ ๒) บัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) โดยอย่างน้อยให้มีรายการ ชื่อ ที่อยู่ของผู้พิการ วันที่ออกบัตรและวันหมดอายุ ประเภทหรือลักษณะความพิการ และชื่อผู้ดูแลผู้พิการ
- ☐ ๓) ทะเบียนบ้านของผู้พิการ (ถ้ามี)
- ☐ ๔) รูปถ่ายของผู้พิการ
- รูปถ่ายของผู้พิการที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะความพิการอย่างชัดเจนในลักษณะแตกต่างกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๓ เดือน อย่างน้อยจำนวน ๓ รูป (โดยลักษณะท่าทางไม่ซ้ำกัน)
- ☐ ๕) รูปถ่ายแสดงสภาพอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ถ้ามีอุปกรณ์) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๑ รูป
- ☐ ๖) รูปถ่ายสภาพแวดล้อม (บริเวณที่พักอาศัยหรือบ้านพักของผู้พิการ) ขนาดรูปไม่น้อยกว่า ๓ x ๕ นิ้ว อย่างน้อยจำนวน ๒ รูป
- ☐ ๗) ประวัติทางการแพทย์จากทะเบียนผู้ป่วย (OPD Card) หรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้ หรือหลักฐานการขอรับหรือได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัย หรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยที่สามารถยืนยันหรือบ่งบอกได้ว่าความพิการนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน
- ในกรณีที่ไม่มีเอกสารหลักฐานตาม ๗) หากมีเอกสารหลักฐานยืนยันหรือระบุโดยแพทย์ไว้อย่างชัดเจนว่าความพิการของผู้ขอรับจัดสรรมีสาเหตุมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ให้ใช้เป็นหลักฐานตาม ๗) ได้ด้วย
- ☐ ๘) ใบประกาศนียบัตร หรือหนังสือแต่งตั้ง หรือหนังสือชมเชย หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม (กรณีใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ที่ขอรับจัดสรรเพื่อการช่วยเหลือสังคม หรือทำคุณประโยชน์แก่สังคม)
- ☐ ๙) ภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทน (กรณียื่นคำขอแทนผู้พิการ)
- ☐ ๑๐) หลักฐานที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ยื่นคำขอแทนกับผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร/พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน/พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
- ☐ ๑๑) หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่รับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้พิการ (กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นผู้ดูแลตามความเป็นจริง)
- ☐ ๑๒) หลักฐานอื่น ๆ