



การช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น (ถ้ามี) ระบุวัน เดือน ปี ที่ได้รับความช่วยเหลือ หน่วยใด

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๒. ประเภทการช่วยเหลือ

- ๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....
- ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....
- ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....
- ๑.๔ ด้านอื่น ๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) .....

๓. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....  
.....  
.....

๔. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จำนวน.....ฉบับ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ (ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ  
(.....) (.....)

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ  
(.....)