

การช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น (ถ้ามี) ระบุวัน เดือน ปี ที่ได้รับความช่วยเหลือ หน่วยงานใด

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

๒. ประเภทการช่วยเหลือ

- ๑.๑ ด้านสาธารณสุข
- ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
- ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
- ๑.๔ ด้านอื่นๆ

๓. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

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

๔. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จำนวน.....ฉบับ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

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

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