

แบบคำร้องขอทำบัตรนอกสถานที่ กรณีผู้ป่วยติดเตียง คนชรา และผู้พิการจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้  
และมีความจำเป็นที่จะต้องใช้บัตรประจำตัวประชาชนแสดงตนในกรณีเร่งด่วน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลบุคคลผู้แจ้ง

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....  
ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....สถานภาพทางครอบครัวของ  
ผู้ที่มีนิติสัมพันธ์.....

2. ผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้บัตรประจำตัวประชาชนแสดงตนในกรณีเร่งด่วนสภาพทางกายภาพจนไม่สามารถ  
เคลื่อนย้ายได้ เป็นบุคคลกรณี  ผู้ป่วยติดเตียง  คนชรา  ผู้พิการ

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....  
ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....สภาพทางกาย.....  
.....พักรักษาตัวอยู่

- บ้าน.....  
ผู้รับผิดชอบในการเคลื่อนย้าย ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ผู้รับผิดชอบในการเคลื่อนย้าย ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....  
นายแพทย์อนุญาตให้เคลื่อนย้าย ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ผู้รับผิดชอบในการเคลื่อนย้าย ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ผู้รับผิดชอบในการเคลื่อนย้าย ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

3. ให้จัดทำแผนที่โดยสังเขปด้านหลังแบบคำร้อง

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)

4. ความเห็นของเจ้าหน้าที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับแจ้ง  
(.....)

ตำแหน่ง.....

5. ความเห็นผู้บังคับบัญชา/พนักงานเจ้าหน้าที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับแจ้ง  
(.....)

ตำแหน่ง.....