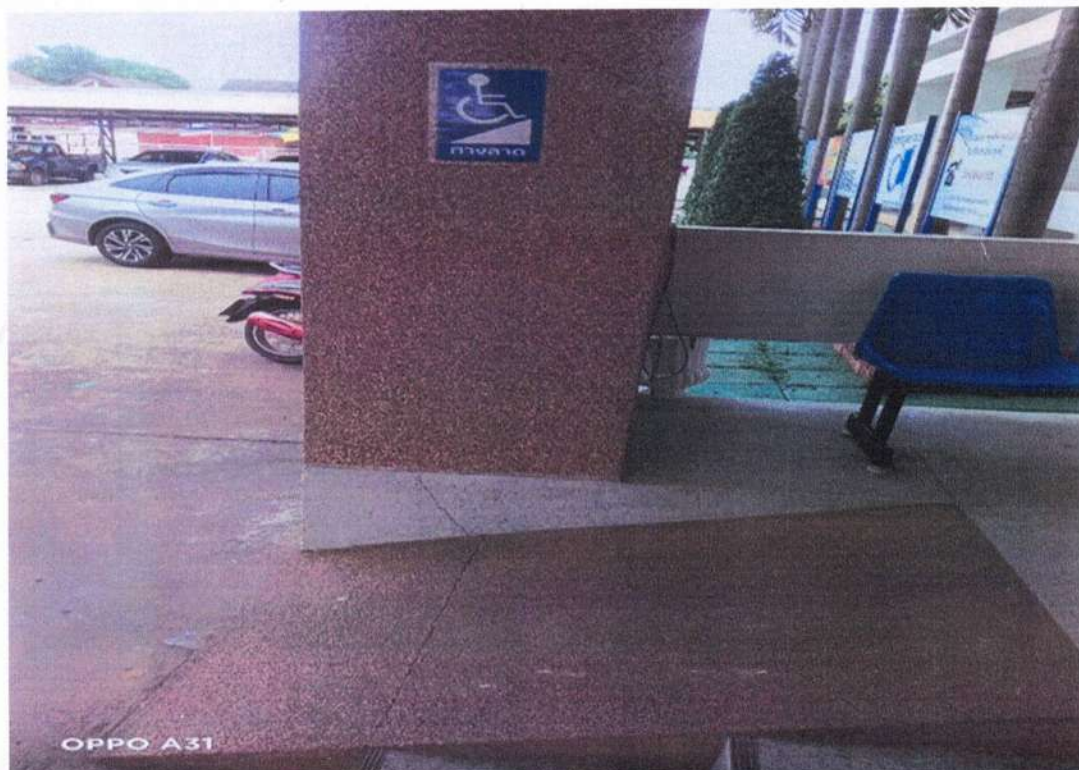


การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ภายในอาคารสถานที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐานสำหรับคนพิการ

รูปภาพประกอบภายในสำนักงานเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ดังนี้

1. ทางลาดสำหรับคนพิการ



2. ห้องน้ำคนพิการ



3. ป้ายสัญลักษณ์



4.ที่จอดรถคนพิการ



5. ศูนย์บริการข้อมูล



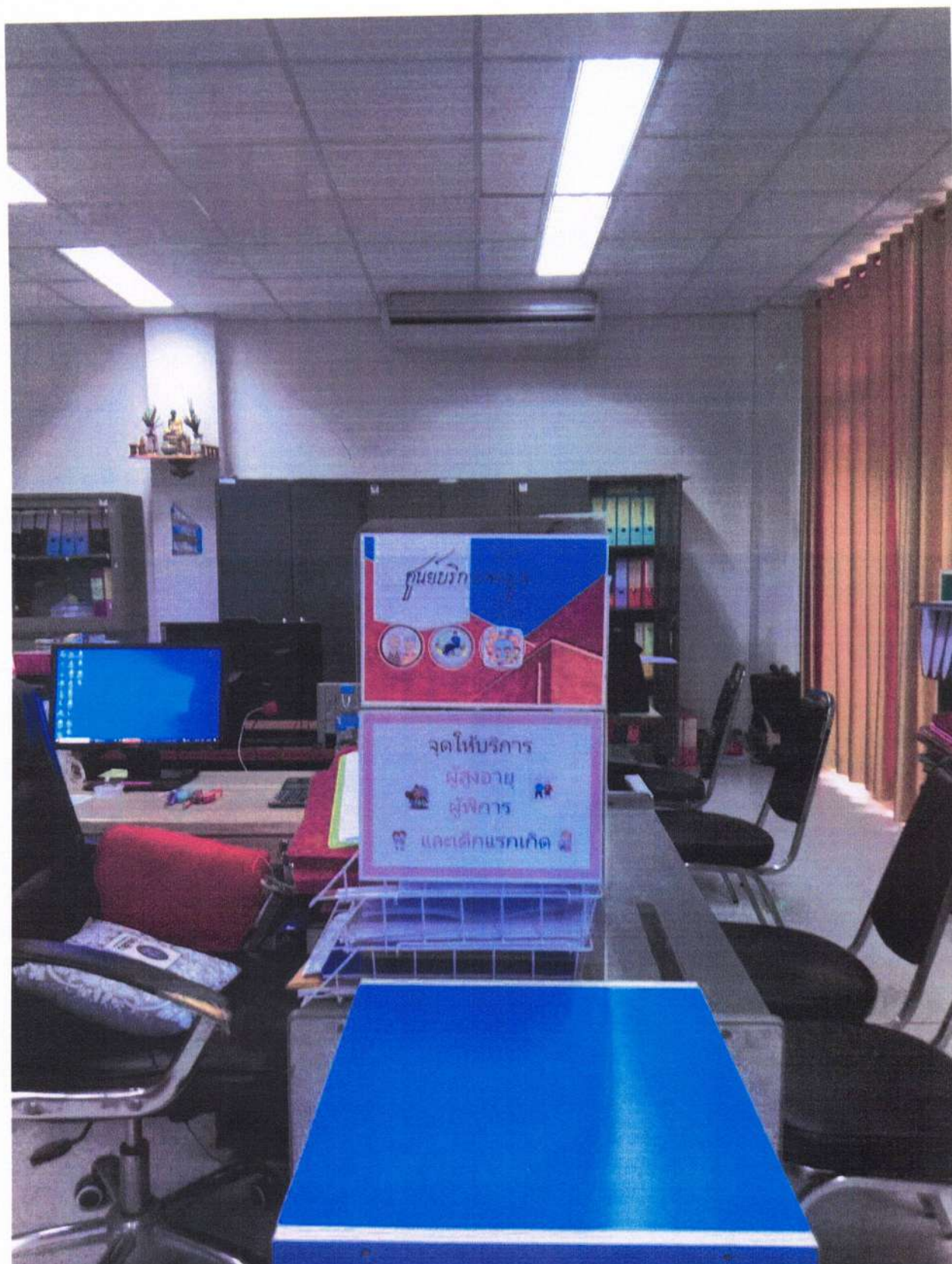
มีสวนสาธารณะเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง
สำหรับบริการประชาชน ผู้สูงอายุและผู้พิการ



ศูนย์บริการข้อมูล

ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป





จุดให้บริการ

ผู้สูงอายุ
ผู้พิการ



และจะได้ทราบ
เดี๋ยวจะเกิด

ศูนย์บริการข้อมูลและสวัสดิการ ผู้สูงอายุ และคนพิการ เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง



สำเนาฉบับ



ที่ ขก ๖๕๐๑/๒๖๑

สำนักงานเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง
ถนนมิตรภาพ ขก ๕๐๒๘๐

๑๕ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สนับสนุนรถสามล้อโยกชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาเอกสารประกอบการขอความอนุเคราะห์รถสามล้อโยกชนิดมือโยก จำนวน ๑ ชุด

ด้วยเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ได้รับคำร้องขอความอนุเคราะห์รถสามล้อโยกชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ ราย นายเหรียญทอง นาริจันทร์ อายุ ๖๕ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๒๐๑ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลคำม่วง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย เพื่อใช้ในการประกอบกิจวัตรประจำวันและใช้ในการเดินทางเพื่อประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว

ในการนี้ เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง จึงขอความอนุเคราะห์รถสามล้อโยกชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ จำนวน ๑ คันมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมอันเป็นประโยชน์แก่ผู้พิการ และช่วยเสริมสร้างกำลังใจและความร่วมมือด้านการช่วยเหลือคนพิการที่ด้อยโอกาสระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ในการพิจารณาอนุเคราะห์รถสามล้อโยกชนิดมือโยกสำหรับคนพิการรายดังกล่าว เทศบาลฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีเช่นเคย จึงขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายทวี ปาลี)

รองนายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง
รักษาราชการแทน นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

ฝ่ายอำนวยการ
สำนักปลัดเทศบาล
โทรศัพท์ ๐-๕๓๔๔-๕๐๒๑

ขอนแก่น : เมืองหัตถกรรมโลกแห่งผ้ามัดหมี่
Khon kaen Craft City for Lkat (Mudmee)

(นายคมกฤษ ศิริบุญตานนท์)
ผู้ช่วยนักจัดการงานทั่วไป
14 มี.ค. 2568

หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล
๑๗ ก.พ. ๖๕

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 4306 00183 63 8
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย เจริญทอง นารีนรินทร์
Name Mr. Rianthong
Last name Nareejan
เกิดวันที่ 1 ม.ค. 2499
Date of Birth 1 Jan. 1956
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 201 หมู่ที่ 10 ต.คำม่วง อ.เขาสวนกวาง
จ.ขอนแก่น
8 ม.ค. 2567
วันออกบัตร 8-Jan. 2024
Date of issue

ตลอดชีพ
วันหมดอายุ
LIFELONG
Date of Expiry

4019-03-01080950

สีเทาสุกใส

สีน้ำตาลไหม้

BORA-8.5-01-2566

ประเทศไทย
THAILAND

ME5-1739797-47

สถานพยาบาล โรงพยาบาลเสนาทรวง
ข้าพเจ้า นพ./พญ. แพทย์จิตต์ เมือกพันธ์
ได้ประเมิน นายเหิงอู๋ทอง นาริจันทร์

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 68385
เลขประจำตัวประชาชน 3430600183638

วันที่ 05 เดือน กุมภาพันธ์
สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิจาร	เกิดความบกพร่อง / พิจาร	สาเหตุของความบกพร่อง / พิจาร
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. หางการเห็น (ประเมินจากข้างที่ต่ำกว่า) *ข้างเดียวไม่พิการ	- การเห็นของสายตา น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป			() ตามอง...ข้าง ☐ L ☐ R	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ.....
	- ตามาตา 30 องศา			() ตามอง...ข้าง ☐ L ☐ R	() ภายหลัง จำนวน.....	() ไม่ทราบสาเหตุ
๒. หางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ต่ำกว่า) *ข้างเดียวไม่พิการ	- การได้ยินเสียง หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() ขุนาก ☐ L ☐ R	() ตั้งแต่เกิด	() โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ.....
	- การเข้าใจภาษาพูด			() ขุนาก ☐ L ☐ R ☐ dB	() ภายหลัง จำนวน.....	() ไม่ทราบสาเหตุ
๓. หางการเคลื่อนไหวหรือทรงร่างกาย	- การเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือเท้า			() การเคลื่อนไหว ☒ ขาด ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ.....
	*หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() อ่อนแรง ระบุ.....	() ภายหลัง จำนวน 5 เดือน.....	() ไม่ทราบสาเหตุ () โรคหลอดเลือดสมอง
๔. หางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สามารถทางจิต หรือพฤติกรรม หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ.....
	- ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() พัฒนาการ () สติปัญญา.....	() ภายหลัง จำนวน.....	() ไม่ทราบสาเหตุ
๕. หางสติปัญญา	- หักกะบกหรือรับรู้ภาพหรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด	() โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ.....
	- หักกะบกหรือรับรู้ภาพหรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() ระบุ.....	() ภายหลัง จำนวน.....	() ไม่ทราบสาเหตุ
๖. หางการเรียนรู้	- กลุ่มออทิซึม หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด	() โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ.....
	- กลุ่มออทิซึม หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() ระบุ.....	() ภายหลัง จำนวน.....	() ไม่ทราบสาเหตุ
๗. ออทิสติก	- กลุ่มออทิซึม หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด	() โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ.....
	- กลุ่มออทิซึม หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			() ระบุ.....	() ภายหลัง จำนวน.....	() ไม่ทราบสาเหตุ

ประเภทความพิการในเอกสารรับรองฉบับนี้ต้องเป็นไปตาม มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 เท่านั้น นายทะเบียนจึงจะพิจารณา
สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและลักษณะของความพิการ ปากฎว่าด้วยการประเมิน
✓มีความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อประโยชน์และหลักเกณฑ์ความพิการ
() ไม่มีความพิการ/ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ
(✓) ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย
() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....
() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....

ความเห็น
ลงชื่อ..... นายแพทย์
ตำแหน่ง..... แพทย์จิตต์ เมือกพันธ์
ประทับตราโรงพยาบาล

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่

เลขรหัสประจำบ้าน 4019-006836-1

สำนักทะเบียน กิ่งถิ่นเทศบาลตำบลเขาหลวง

รายการที่อยู่ 201 หมู่ที่ 10

ตำบลคำม่วง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่

ใช้แทนฉบับเดิมที่ชำรุด/สูญหาย

ลงชื่อ

(นางอัญพร นามดี)

นายทะเบียน

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 22 สิงหาคม 2561

สี 7 เหลือง 010

สี 12 010 010 010

2

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

4019-006836-1

ลำดับที่ 1

ชื่อ นายเหรียญทอง นารินทร์

สัญชาติไทย

เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 3-4306-00183-63-8 สถานภาพ เจ้าบ้าน

เกิดเมื่อ 1 ม.ค. 2499

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ป๊อป

สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เสาร์

สัญชาติ ไทย

* มาจาก
ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 23 มี.ค. 2531

(นางอัญพร นามดี)

นายทะเบียน

** ไปที่

นายทะเบียน

ใบรับรองแพทย์
ใบรับรองการตรวจสุขภาพ

แพทย์ผู้ตรวจ (นายแพทย์-แพทย์หญิง).....จิตวัต เมือกพันธ์,แพทย์

(ชื่อ-สกุล-อภิไธย)

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ว68385

สถานที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลเขาสวนกวาง อำเภอสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า ข้าพเจ้าแพทย์ ผู้ที่มีชื่อข้างต้นนี้ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ-นามสกุล.....นายเหรียญทอง นาริจันทร์.....อายุ.....69.....ปี

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

.....201 ม.10 ต.คำม่วง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น.....

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย).....3430600183638.....

สถานที่ตรวจ.....โรงพยาบาลเขาสวนกวาง.....

เมื่อวันที่.....24.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2568.....

จากการตรวจร่างกายของผู้ที่มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

วินิจฉัยโรค ครอบกือโรค บริเวณที่เป็น และระยะของโรค.....

เป็นผู้พิการประเภทที่สาม สามารถใช้รถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับผู้พิการได้.....

สรุปความคิดเห็น (ควรหยุดงานกี่วัน เพราะเหตุใด).....มาตรวจรักษาจริง.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่.....24.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2568.....

ขอรับรองว่า ข้อความข้างบนเป็นความจริง

ลงชื่อ.....จิตวัต เมือกพันธ์,แพทย์.....แพทย์ผู้ตรวจ

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ









ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่.....กาฬประชาคม อบจ.จก

วันที่ 9 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568

ข้าพเจ้า.....นาง สมฤดี พันธะ.....ตำแหน่ง คณะกรรมการศูนย์ฮักแพงแบ่งปันฯ

อบจ.ขอนแก่น ที่ตั้งศาลาประชาคม ต.กลางเมือง อ.ในเมือง จ.ขอนแก่น

ได้รับเงินจาก.....ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล.....

เพื่อเป็นค่ามัดจำอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามคำร้องพร้อมเอกสารประกอบการขอยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์
ที่จำเป็นฯ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	
รถสามล้อ โยก	500	
รถสามล้อ โยก		
จำนวนเงิน (.....)	500	

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(นางสมฤดี พันธะ)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางนันทิการ์ ทองกร)

รายการเกี่ยวกับบ้าน		เล่มที่
เลขรหัสประจำบ้าน	4019-006836-1	สำนักทะเบียน กิ่งกั้นเทศบาลตำบล เขาสวนกว๊าน
รายการที่อยู่ 201 หมู่ที่ 10		
ตำบลคำม่วง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น		
ชื่อหมู่บ้าน		ชื่อบ้าน
ประเภทบ้าน	บ้าน	ลักษณะบ้าน
วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่		
ใช้แทนฉบับเดิมที่ชำรุด/สูญหาย	ลงชื่อ (นางธัญพร นามดี)	นายทะเบียน
	วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 22 สิงหาคม 2561	

สั่งให้ยกเลิก

ใบรับแจ้งการเปลี่ยนแปลง

เล่มที่ 1		รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน	4019-006836-1	ลำดับที่ 1
ชื่อ	นายเหรียญทอง นาริจันทร์	สัญชาติ	ไทย	เพศ
เลขประจำตัวประชาชน	3-4306-00183-63-8	สถานภาพ	เจ้าบ้าน	เกิดเมื่อ
มารดาผู้ให้กำเนิด	ชื่อ บ๊วย			1 ม.ค. 2499
บิดาผู้ให้กำเนิด	ชื่อ เสาร์	สัญชาติ	ไทย	
* มาจาก		สัญชาติ	ไทย	
ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร				
เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 23 มี.ค. 2531				
** ไปที่				
				นายทะเบียน
				(นางธัญพร นามดี)
				นายทะเบียน

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 4306 00183 63 8
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย เจริญทอง นารีนรินทร์
Name Mr. Rianthong
Last name Nareejan
เกิดวันที่ 1 ม.ค. 2499
Date of Birth 1 Jan. 1956
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 201 หมู่ที่ 10 ต.คำม่วง อ.เขาสวนกวาง
จ.ขอนแก่น
8 ม.ค. 2567
วันออกบัตร
8-Jan. 2024
Date of Issue

ตลอดชีพ
ไม่มีวันหมดอายุ
LIFELONG
Date of Expiry 4019-03-01080950

(นายทะเบียน-สำนักงาน
เจ้าพนักงานออกบัตร)

สำเนาถูกต้อง

เจริญทอง นารีนรินทร์

BORA-8.5-01-2566

ประเทศไทย
THAILAND

ME5-1739797-47

สำเนาฉบับ



ส่วนงานพัฒนาสังคม	จังหวัดขอนแก่น
เลขที่	๖/๕๗๕
วันที่	๕, 14 ๖๘
เวลา	
ผู้รับทราบ	

ที่ ขก ๖๕๐๑/ ๓๔๐

สำนักงานเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ถนนมิตรภาพ ขก ๔๐๒๘๐

๘

เมษายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารประกอบการขอจดทะเบียนคนพิการ

จำนวน ๒ ชุด

เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง เป็นหน่วยบริการในพื้นที่ มีหน้าที่รับลงทะเบียนขอมิบัติประจำตัวคนพิการ มีความประสงค์ขอทำบัตรประจำตัวให้แก่คนพิการในเขตเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีจำนวน ๒ ราย ดังนี้

๑. นายอนันต์ ศรีสุรัตน์ บ้านเลขที่ ๑๔ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลคำม่วง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น (บัตรเดิมหมดอายุ)
๒. นายไพรัช มุลเค้า บ้านเลขที่ ๑๑ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น (ขอมิบัติครั้งแรก)

ดังนั้น เพื่อเป็นประโยชน์และสิทธิของคนพิการ รวมทั้งการเข้าถึงบริการและกิจกรรมทางสังคม สำหรับคนพิการ เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง จึงขอความอนุเคราะห์ในการจัดทำบัตรประจำตัวให้แก่คนพิการมายังหน่วยงานของท่าน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีเช่นเคย และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางกอบกุลย์ คนพุ่ม)

ปลัดเทศบาล ปฏิบัติหน้าที่

นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

สำนักปลัดเทศบาล

ฝ่ายอำนวยการ

งานพัฒนาชุมชน

โทรศัพท์ ๐-๔๓๔๔-๕๐๒๑

เดวิด พงษ์

๙/๔/๖๘

ขอนแก่น : เมืองหัตถกรรมโลกแห่งผ้ามัดหมี่

Khonkaen : World Craft City for Ikat (Mudmee)



แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ ทต. เทศบาลเมือง
วันที่ 1 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568

☐ ขอมิบัตรครั้งแรก

☒ ขอมิบัตรเนื่องจาก

☒ บัตรเดิมหมดอายุ

☐ ขำรุต

☐ สูญหาย

☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☒ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๒ ชื่อ อริส นามสกุล ศรีสุริจัน

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 7 เดือน กันยายน พ.ศ. 2518

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 3-4707-00306-62-6

๑.๕ ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๖ สถานภาพสมรส ☒ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 19 หมู่ที่ 10 ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง สีม อำเภอ/เขต นพรัตน์

จังหวัด ขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40280 โทรศัพท์.....

มือถือ 0621811953 โทรสาร..... e-mail.....

๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 19 หมู่ที่ 10 ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง สีม อำเภอ/เขต นพรัตน์

จังหวัด ขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40280 โทรศัพท์.....

มือถือ 0621811953 โทรสาร..... e-mail.....

๑.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

☒ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๐ อาชีพ

☒ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม

☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ..... บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางกาารเห็น ☐ ทางกาารได้ยินหรือสื่อความหมาย ☒ ทางกาารเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางกาารเรียนรู้ ☐ ทางอภิสติ

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☒ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนานหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☒ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ ศิริยา นามสกุล ศรีสุริยา

(๓) เลขประจำตัวประชาชน 3-4307-00306-61-8

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดามารดา ☐ บุตร ☐ สามเณรหรือภรรยา ☒ พี่น้อง
☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลูกพี่นางอา ☐ บุคคลอื่น (ระบุ)

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 286 หมู่ที่ 10 ตรอก/ซอย ถนน

หมู่บ้าน ตำบล/แขวง ตำบอง อำเภอ/เขต IV/สอ 403 2

จังหวัด VO/1016 รหัสไปรษณีย์ 40280 โทรศัพท์

มือถือ โทรสาร e-mail

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ คุณแม่ ศิริสุริยา
(.....)
คนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☒ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ ศิริพร ทองศรี
(นายณรินทร์ ทองศรี)
ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง

การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร



บัตรประจำตัวคนพิการ ID Card for PWD

3-4307-00306-62-6

ชื่อนายอภินันท์

นามสกุล ศรีสุรัตน์

วัน-เดือน-ปี เกิด 7 กันยายน 2518

ประเภทความพิการ 3

การเคลื่อนไหว

ที่อยู่ 19 หมู่ที่ 10 ต.คำม่วง

อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น

วันออกบัตร

4 เม.ย. 2560

วันบัตรหมดอายุ

4 เม.ย. 2568

(นายสมชาย เจริญอำระ สว.จ.)

วันรับบัตรจากศูนย์บริการคนพิการจังหวัดขอนแก่น

เจ้าหน้าที่ออกบัตร

ลำเนาบุญทอง
อภินันท์ ศรีสุรัตน์



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 4307 00306 62 6
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย อนันต์ ศรีสุรัตน์

Name Mr. Anan

Last name Srisurat

เกิดวันที่ 7 ก.ย. 2518

Date of Birth 7 Sep. 1975

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 19 หมู่ที่ 10 ต.คำม่วง อ.เขาสวนกวาง

จ.ขอนแก่น

2 ก.ย. 2567

วันออกบัตร

2 Sep. 2024

Date of Issue

(นายอนันต์ ศรีสุรัตน์)
เจ้าพนักงานออกบัตร

6 ก.ย. 2575

วันหมดอายุ

6 Sep. 2032

Date of Expiry



4015-03-09020926

เจ้าพนักงานออกบัตร
อนันต์ ศรีสุรัตน์



แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ...จจ. (นครศรีธรรมราช)
วันที่ 4 เดือนเมษายน พ.ศ. 2568

☒ ขอมิบัตรครั้งแรก

☐ ขอมิบัตรเนื่องจาก

☐ บัตรเดิมหมดอายุ

☐ ขำรุต

☐ สูญหาย

☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☒ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๒ ชื่อ พรชัย นามสกุล ใจดี

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 29 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2536

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 1-4019-00066-95-5

๑.๕ ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☒ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 11 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง (นครศรีธรรมราช) อำเภอ/เขต (นครศรีธรรมราช)

จังหวัด (นครศรีธรรมราช) รหัสไปรษณีย์ 40280 โทรศัพท์ 0619473412

มือถือ.....โทรสาร.....e-mail.....

๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 11 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง (นครศรีธรรมราช) อำเภอ/เขต (นครศรีธรรมราช)

จังหวัด (นครศรีธรรมราช) รหัสไปรษณีย์ 40280 โทรศัพท์.....

มือถือ 0619473412 โทรสาร.....e-mail.....

๑.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

☒ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๐ อาชีพ

☒ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม

☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) 10000 บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางกาเห็น ☐ ทางกาได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางกาเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☒ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางอหิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☒ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนานนาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☒ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ จำเริญ นามสกุล มณี

(๓) เลขประจำตัวประชาชน 3-4019-00006-12-9

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดามารดา ☒ บุตร ☐ สามเณรหรือภรรยา ☐ พี่น้อง

☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลุงป้าอา ☐ บุคคลอื่น (ระบุ)

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 11 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย ถนน

หมู่บ้าน ตำบล/แขวง เวียงจันทน์ อำเภอ/เขต เวียงจันทน์

จังหวัด เวียงจันทน์ รหัสไปรษณีย์ 40280 โทรศัพท์

มือถือ 0619473412 โทรสาร e-mail

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล 6000 บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ ไพโรจน์ มณี
(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ
(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☒ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ เกรียง กอแก้ว
(.....)

ตำแหน่ง

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 4019-002008-3

สำนักทะเบียนท้องถิ่น เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

รายการที่อยู่ 11 หมู่ที่ 1.

ตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่

ลงชื่อ

(นางรัชฎพร นามดี)

นายทะเบียน

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 23 ธันวาคม พ.ศ. 2567

1

ฐานทะเบียน

คำพิพากษา

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

4019-002008-3

ลำดับที่ 6

นางคำพันธ์ มูลคำ

สัญชาติ ไทย

เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 3-4019-00006-13-9

สถานภาพ เจ้าบ้าน

เกิดเมื่อ 17 เม.ย. 2508

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ พุ่ม

3-4019-00001-48-0

สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ภิ

สัญชาติ ไทย

นายทะเบียน

* มาจาก

ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 19 ต.ค. 2537

(นางรัชฎพร นามดี)

นายทะเบียน

** ไปที่

7

คูฉบับ



ที่ ขก ๖๕๐๑/๒๕๕

สำนักงานเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง
ถนนมิตรภาพ ขก ๕๐๒๘๐

๒๐ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น

อ้างถึง หนังสือ ที่ ขก ๐๐๐๕/ว ๑๐๓๕๕ ลงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารประกอบการขอจดทะเบียนคนพิการ

จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง เป็นหน่วยบริการในพื้นที่ มีหน้าที่รับลงทะเบียนขอมิบัติประจำตัวคนพิการ มีความประสงค์ขอทำบัตรประจำตัวให้แก่คนพิการในเขตเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น ราย นางกัลยากร พันธุ์ลูกท้าว บ้านเลขที่ ๓๒๖ หมู่ที่ ๕ ตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น (ขอมิบัติครั้งแรก)

ดังนั้น เพื่อเป็นประโยชน์และสิทธิของคนพิการ รวมทั้งการเข้าถึงบริการและกิจกรรมทางสังคม สำหรับคนพิการ เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง จึงขอความอนุเคราะห์ในการจัดทำบัตรประจำตัวให้แก่คนพิการมายังหน่วยงานของท่าน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีเช่นเคย และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมนึก เต็มธนกิจไพศาล)

นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

สำนักปลัดเทศบาล

ฝ่ายอำนวยการ

งานพัฒนาชุมชน

โทรศัพท์ ๐-๕๓๕๔-๕๐๒๑

๒๕๖๘

๒๕๖๘

ขอนแก่น : เมืองหัตถกรรมโลกแห่งผ้ามัดหมี่

Khonkaen : World Craft City for Ikat (Mudmee)



รูปถ่าย
คนพิการ

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ ทอ. วัฒนกวาน
วันที่ 14 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568

☒ ขอมีบัตรครั้งแรก

☐ ขอมีบัตรเนื่องจาก

☐ บัตรเดิมหมดอายุ

☐ ขำรด

☐ สูญหาย

☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☒ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๒ ชื่อ ศิริพร นามสกุล พุ่มสุก

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2504

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 3-4 0 1 9-0 0 1 9 4-1 8-6

๑.๕ ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☒ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 326 หมู่ที่ 5 ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน หนองจอก ตำบล/แขวง บางพลี อำเภอ/เขต บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10260 โทรศัพท์.....

มือถือ 063-0277739 โทรสาร..... e-mail.....

๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 326 หมู่ที่ 5 ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน หนองจอก ตำบล/แขวง บางพลี อำเภอ/เขต บางพลี

จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10260 โทรศัพท์.....

มือถือ 063-0277739 โทรสาร..... e-mail.....

๑.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

☒ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๐ อาชีพ

☒ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม

☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ..... บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... 9000 บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางการเห็น ☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☒ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางอหิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☒ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- (๑) คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☒ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ(ระบุ)
(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....
(๓) เลขประจำตัวประชาชน 3 - 4019 - 00198 - 21-1
เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)
(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดามารดา ☒ บุตร ☐ สามเณรหรือภรรยา ☐ พี่น้อง
☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลูกพี่ลูกน้อง ☐ บุคคลอื่น (ระบุ).....
(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 32 หมู่ที่ 5 ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน นนทบุรี ตำบล/แขวง พนาภิรักษ์ อำเภอ/เขต ทุ่งโพธิ์
จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 10280 โทรศัพท์.....
มือถือ 062 9946712 โทรสาร..... e-mail.....
(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล 900 บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ขอรับรองว่าเป็นไปตามสภาพแม่่มือชาย/ขวา
ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☒ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ
ของ (นาง กัลยาณี นนทบุรี) จ้าง

นาย..... ผู้รับรอง ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... ผู้รับรอง.....
(นาย กัลยาณี นนทบุรี) (นาย กัลยาณี นนทบุรี) (นาย กัลยาณี นนทบุรี)
ตำแหน่ง..... (นาย กัลยาณี นนทบุรี)

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- ☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

สถานพยาบาล โรงพยาบาลเชลยสงคราม
 อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
 นายแพทย์ธีรสิทธิ์ นพวิญญูวงศ์
 ได้ประเมิน

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่
 เลขประจำตัวประชาชน 3401900198186

วันที่ 28 เดือน กุมภาพันธ์
 ปีที่ 2568

พ.ศ. 2568

ประเภทความรู้	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		รายละเอียดลักษณะความรู้	เกิดความรู้/พัฒนา	สถานประกอบการ/องค์กร
		ไม่พบ	พบ			
๑. ความรู้ด้านวิชาชีพ (ความรู้เฉพาะด้าน)	๑. การเห็นของสายตาสี	✓		() ตามปกติ... () ข้าง () L () R	() ดีปกติ	() พบโรค
	๒. การได้ยินเสียง	✓		() ตามปกติ... () ข้าง () L () R	() ดีปกติ	() พบโรค
๓. ความรู้ด้านสุขภาพ	๓. การดูแลสุขภาพ	✓		() สุขภาพดี... () ไม่ดี () L () R	() ดีปกติ	() พบโรค
	๔. การดูแลสุขภาพ	✓		() สุขภาพดี... () ไม่ดี () L () R	() ดีปกติ	() พบโรค
๔. ความรู้ด้านวิชาชีพ (ความรู้เฉพาะด้าน)	๔. การดูแลสุขภาพ	✓		() สุขภาพดี... () ไม่ดี () L () R	() ดีปกติ	() พบโรค
	๕. การดูแลสุขภาพ	✓		() สุขภาพดี... () ไม่ดี () L () R	() ดีปกติ	() พบโรค
๕. ความรู้ด้านวิชาชีพ (ความรู้เฉพาะด้าน)	๕. การดูแลสุขภาพ	✓		() สุขภาพดี... () ไม่ดี () L () R	() ดีปกติ	() พบโรค
	๖. การดูแลสุขภาพ	✓		() สุขภาพดี... () ไม่ดี () L () R	() ดีปกติ	() พบโรค
๖. ความรู้ด้านวิชาชีพ (ความรู้เฉพาะด้าน)	๖. การดูแลสุขภาพ	✓		() สุขภาพดี... () ไม่ดี () L () R	() ดีปกติ	() พบโรค
	๗. การดูแลสุขภาพ	✓		() สุขภาพดี... () ไม่ดี () L () R	() ดีปกติ	() พบโรค

ความเห็น

- () ไม่มีความรู้/ไม่เข้าเกณฑ์ความรู้
- () ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอใบตรวจรับความรู้
- () ส่งต่อเพื่อเพิ่มความรู้ทางวิชาชีพ
- () ส่งต่อเพื่อเพิ่มความรู้ทางวิชาชีพ

ประธานสภาวิชาชีพ

12/68

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 4019 00198 18 6**

นาง กัญญากร พันธุ์ลูกท้าว
 Name **Mrs. Ganyakorn**
 Last name **Phanlukthao**
 เกิดวันที่ **25 เม.ย. 2504**
 Date of Birth **25 Apr. 1961**
 บ้านเลขที่ **125 หมู่ 5 ต.บางสวนหลวง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ**
 13 ต.ค. 2567
 13 Sep. 2024
 ต.ค. 2567
 13 Sep. 2024
 ต.ค. 2567
 13 Sep. 2024

กัญญากร พันธุ์ลูกท้าว
 Ganyakorn Phanlukthao
 4828-03-08130917

BORA-8.5-01-2567

JC4-1816983-44

ประเทศไทย THAILAND

สำเนาเอกสาร



ขอรับรองว่าเป็นแม่ของลูกหัวแม่มือซ้าย/ขวา
 ของ (นางกัญญากร พันธุ์ลูกท้าว) จริง
 ผู้รับรอง ลงชื่อ ผู้รับรอง

นางสาวกัญญากร พันธุ์ลูกท้าว (กัญญากร พันธุ์ลูกท้าว)

รายการเกี่ยวกับบ้าน		เล่มที่ 1
เลขรหัสประจำบ้าน	4074-002292-0	สำนักทะเบียน กองถิ่นเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง
รายการที่อยู่ 326 หมู่ที่ 5		
ตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น		
ชื่อหมู่บ้าน	บ้านหนองสูง	ชื่อบ้าน ส.ต.อ.ประสิทธิ์ เจริญใจ เจ้าบ้าน
ประเภทบ้าน	บ้าน	ลักษณะบ้าน ตึกเดี่ยว 1 ชั้น 5 ห้อง
วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 24 ธันวาคม 2557		
ลงชื่อ		นายทะเบียน
(นางฉัตรพร นามดี)		
วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 29 ตุลาคม 2561		

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน		4074-002292-0	ลำดับที่ 5
เล่มที่ 1	นางกัลยากร พันธุ์ลูกท้าว	สัญชาติ ไทย	เพศ หญิง
เลขประจำตัวประชาชน 3-4019-00198-18-6	สถานภาพ ผู้อาศัย	เกิดเมื่อ 25 เม.ย. 2504	
มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ บุญเลี้ยง	3-4019-00198-17-8	สัญชาติ ไทย	
บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สอน		สัญชาติ ไทย	
* มาจาก 96 หมู่ที่ 5 ต.เขาสวนกวาง			นายทะเบียน
อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น			
เมื่อ 20 มิ.ย. 2565			(นายภาณุสรณ์ นันจินดา)
** ไปที่			นายทะเบียน

สันนาทุกส



ขอรับรองว่าเป็นลายนิ้วหัวแม่มือซ้าย/ขวา
ของ (นาง กัลยากร พันธุ์ลูกท้าว) จริง

442 กิ่งก้าน นันจินดา

ได้รับรอง ลงชื่อ

(นาย ภาณุสรณ์ นันจินดา)



เลขที่ ๓๑๔/๒๕๕๑

แบบ ข.๓

หนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว

นางสมจิตร พันธุ์ลูกท้าว

เลขประจำตัวประชาชน

๓-๔๐๑๙-๐๐๑๙๘-๑๘-๖

อยู่บ้านเลขที่ ๙๖ หมู่ที่ ๕ ตำบลเขาสวนกวาง

อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

บิดาชื่อ สอน

มารดาชื่อ บุญเลี้ยง

ได้ขอเปลี่ยนชื่อตัว เป็น

" กัลยากร "

นายทะเบียนได้อนุญาตตามคำขอที่ ๔/๒๕๕๑

ลงวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๑

จึงออกหนังสือสำคัญนี้ให้ไว้เป็นหลักฐาน

ที่ว่าการ อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

ออก ณ วันที่ ๑๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๑

สำเนาถูกต้อง



นางสมจิตร พันธุ์ลูกท้าว
นางสมจิตร พันธุ์ลูกท้าว
นางสมจิตร พันธุ์ลูกท้าว
นางสมจิตร พันธุ์ลูกท้าว
นางสมจิตร พันธุ์ลูกท้าว
นางสมจิตร พันธุ์ลูกท้าว
นางสมจิตร พันธุ์ลูกท้าว
นางสมจิตร พันธุ์ลูกท้าว
นางสมจิตร พันธุ์ลูกท้าว
นางสมจิตร พันธุ์ลูกท้าว

ขอรับรองว่าเป็นลายนิ้วหัวแม่มือของผู้ขอ

ของ (นาง กัลยากร พันธุ์ลูกท้าว)

นาง กัลยากร พันธุ์ลูกท้าว

นาง กัลยากร พันธุ์ลูกท้าว

นาง กัลยากร พันธุ์ลูกท้าว

นาง กัลยากร พันธุ์ลูกท้าว

นาง กัลยากร พันธุ์ลูกท้าว

รายการเกี่ยวกับบ้าน		เล่มที่ 1
เลขรหัสประจำบ้าน	4074-002292-0	สำนักทะเบียน กองถิ่นเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง
รายการที่อยู่ 326 หมู่ที่ 5		
ตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น		
ชื่อหมู่บ้าน	บ้านหนองกุง	ชื่อบ้าน ส.ต.อ.ประสิทธิ์ เจียมใจ เจ้าบ้าน
ประเภทบ้าน	บ้าน	ลักษณะบ้าน ตึกเดี่ยว 1 ชั้น 5 ห้อง
วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 24 ธันวาคม 2557		
ลงชื่อ		นายทะเบียน
(นางธัญพร นามดี)		
วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 29 ตุลาคม 2561		

เล่มที่ 1	รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน	4074-002292-0	ลำดับที่ 6
ชื่อ	นางสายฝน พันธุ์ภูท้าว	สัญชาติ ไทย	เพศ หญิง
เลขประจำตัวประชาชน	3-4019-00198-24-1	สถานภาพ	ผู้อาศัย
เกิดเมื่อ	16 ก.ค. 2522	สัญชาติ	ไทย
มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ	สมจิตร	สัญชาติ	ไทย
บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ	คำพอง	สัญชาติ	ไทย
* มาจาก 255 หมู่ที่ 5 ต.เขาสวนกวาง		นายทะเบียน	
อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น		(นายภาณุสรณ์ นันจินดา)	
เมื่อ 24 มิ.ย. 2565			
** ไปที่		นายทะเบียน	

นิตยภัต

นิตยภัต