

แบบขอรับเงินทำขวัญข้าราชการและลูกจ้าง

แบบ 5401

สำหรับส่วนราชการเจ้าสังกัดหรือจังหวัด

ที่ ..... / .....  
 ชื่อหน่วยงาน .....  
 วันที่ .....

เรื่อง ขอรับเงินทำขวัญ  
 เรียง อธิปไตยกรมบัญชีกลาง  
 ข้าพเจ้า.....(1) ตำแหน่ง..... ได้ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องแล้ว  
 ขอรับรองว่า.....(2) เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินทำขวัญตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินทำขวัญข้าราชการและลูกจ้าง พ.ศ. 2546  
 โปรดพิจารณาจ่ายเงินทำขวัญให้แก่ผู้ขอรับเงินทำขวัญ

ขอแสดงความนับถือ  
 (ลงชื่อ).....(3) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ.....(1)  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 โทร.....

สำหรับผู้ขอ

ข้าพเจ้า บศ..... ตำแหน่ง..... ชื่อ-นามสกุล.....  
 ตำแหน่ง..... เลขประจำตัวประชาชน 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ประเภทการขอ 08 <input type="checkbox"/> เงินทำขวัญ	สถานภาพผู้ขอ 1 <input type="checkbox"/> ข้าราชการสามัญ 2 <input type="checkbox"/> ข้าราชการวิสามัญ 3 <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ 4 <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง.....	กรณีที่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บ <input type="checkbox"/> ถูกประทุษร้าย
---	---	---

วันเดือนปีที่ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บ ..... / ..... / .....	อัตราเงินเดือน/ค่าจ้าง 73 <input type="checkbox"/> เงินเดือน <input type="checkbox"/> เดือนละ ..... บาท 74 <input type="checkbox"/> ค่าจ้าง <input type="checkbox"/> เดือนละ ..... บาท <input type="checkbox"/> วันละ ..... บาท <input type="checkbox"/> ชั่วโมงละ ..... บาท
---	--

ส่วนราชการที่สังกัด (4) หน่วยงานผู้เบิก..... กรม ..... กระทรวง ..... จังหวัด .....	ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ชื่อบัญชี..... สาขา..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ประเภท (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน).....
--	---

พฤติการณ์ที่ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บหรือถูกประทุษร้าย (5)

.....

.....

.....

.....

สภาพความสูญเสียที่ได้รับ

1 <input type="checkbox"/> แขนขาด	1 ข้าง	10 <input type="checkbox"/> นิ้วกลางขาด	1 นิ้ว
2 <input type="checkbox"/> ขาขาด	1 ข้าง	11 <input type="checkbox"/> นิ้วนางขาด	1 นิ้ว
3 <input type="checkbox"/> มือขาด	1 ข้าง	12 <input type="checkbox"/> นิ้วก้อยขาด	1 นิ้ว
4 <input type="checkbox"/> เท้าขาด	1 ข้าง	13 <input type="checkbox"/> นิ้วหัวแม่เท้าขาด	1 นิ้ว
5 <input type="checkbox"/> สูญเสียลูกตา	1 ข้าง	14 <input type="checkbox"/> นิ้วเท้าอื่นขาด	1 นิ้ว
6 <input type="checkbox"/> บุหนวก	2 ข้าง	15 <input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์หรือความสามารถในการสืบพันธุ์	
7 <input type="checkbox"/> บุหนวก	1 ข้าง	16 <input type="checkbox"/> สูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็น	
8 <input type="checkbox"/> นิ้วหัวแม่มือขาด	1 นิ้ว	99 <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....	
9 <input type="checkbox"/> นิ้วชี้ขาด	1 นิ้ว		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

ผู้ขอรับเงิน (กรณีที่มีสิทธิไม่สามารถลงลายมือชื่อได้) ได้รับรองว่า

1. ได้รับคำสั่งให้ไปปฏิบัติหน้าที่ราชการอื่นเป็นเหตุให้ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บจนพิการถึงสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งไป
2. ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ ในหน้าที่หรือถูกประทุษร้ายเพราะเหตุกระทำราชการหน้าที่ที่เกิดจากการไปปฏิบัติหน้าที่ราชการตามคำสั่งในข้อ 1
3. เหตุที่เกิดขึ้นได้เกิดขึ้นจากความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง หรือจากความผิดของคนเอง
4. ข้าราชการรับราชการหรือปฏิบัติงาน  หน้าที่เดิม  หน้าที่อื่นได้ และมีสิทธิได้รับเงินทำขวัญตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินทำขวัญข้าราชการและลูกจ้าง พ.ศ.2546
5. ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติงานได้ หรือไม่มีสิทธิได้รับเงิน หรือได้รับเงินไปเกินสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลังดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับไป และชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ทางราชการภายใน 30 วัน นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้รับทราบจากทางราชการ

(ลงชื่อ).....ผู้มีสิทธิ / ผู้ขอรับเงินแทน (6)

(.....)

วันที่ .....

(ลงชื่อ)..... พยาน (7)

(.....)

วันที่ .....

(ลงชื่อ)..... พยาน (7)

(.....)

วันที่ .....

ที่อยู่ผู้ขอ.....  
 รหัสไปรษณีย์..... โทร..... e-mail : .....

#### ตำหรับกรมบัญชีกลาง

อนุมัติเบิกจ่ายเงินทำขวัญให้แก่.....(2) เป็นเงิน .....บาท

(ลงชื่อ)..... (8)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ .....

#### คำอธิบายการกรอกค่าขอรับเงินทำขวัญข้าราชการและลูกจ้าง

- (1) หัวหน้าส่วนราชการเจ้าสังกัด หรือผู้ว่าราชการจังหวัดลงนาม
- (2) ชื่อผู้มีสิทธิได้รับเงินทำขวัญ
- (3) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
- (4) ส่วนราชการผู้เบิก
- (5) เหตุการณ์อันเป็นเหตุให้ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บหรือถูกประทุษร้ายจนพิการถึงสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง โดยย่อ
- (6) กรณีที่ผู้ขอรับเงินทำขวัญไม่สามารถลงลายมือชื่อ ในคำขอรับเงินทำขวัญฯ ได้ ให้หัวหน้าส่วนราชการหรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายลงลายมือชื่อในแบบขอรับเงินทำขวัญแทน
- (7) ลายมือชื่อพยานกรณีผู้ขอรับเงินลงลายพิมพ์นิ้วมือ
- (8) อธิบดีกรมบัญชีกลางหรือผู้ที่อธิบดีกรมบัญชีกลางมอบหมาย

หมายเหตุ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ใช่