



ประชาชนสัมพันธ์ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

การจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

ที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

จ่ายเงินสงเคราะห์ **100 บาท/เดือน**

เป็นระยะเวลา 8 เดือน (เดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2568)

เงื่อนไขการได้รับเงินสงเคราะห์

วัน/เดือน/ปีเกิด ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	เดือนที่ได้รับสิทธิ	จำนวนเดือน	จำนวนเงินที่ได้รับ (บาท)
เกิด <u>ก่อน</u> 1 ก.พ. 2508	ก.พ. - ก.ย. 2568	8	800
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 28 ก.พ. 2508	มี.ค. - ก.ย. 2568	7	700
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 มี.ค. 2508	เม.ย. - ก.ย. 2568	6	600
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 30 เม.ย. 2508	พ.ค. - ก.ย. 2568	5	500
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 พ.ค. 2508	มิ.ย. - ก.ย. 2568	4	400
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 30 มิ.ย. 2508	ก.ค. - ก.ย. 2568	3	300
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 ก.ค. 2508	ส.ค. - ก.ย. 2568	2	200
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 ส.ค. 2508	ก.ย. 2568	1	100



กำหนดการโอนเงินสงเคราะห์

ครั้งที่	วันที่ โอนเงิน	วัน/เดือน/ปีเกิด ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการ	กรณีรับเงินผ่านบัญชีพร้อมเพย์ ที่ผูกด้วยเลขบัตร ปชช. 13 หลัก จะต้องดำเนินการ ก่อนวันโอนเงิน 3 วันทำการ	กรณีไม่สามารถ ผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้ ผู้มีสิทธิยื่นหนังสือให้ความยิน ยอมฯ
1	16 ก.ย. 68	เกิดก่อน 1 ม.ค. 2496	ภายในวันที่ 11 ก.ย. 68	ภายในวันที่ 1 ก.ย. 68
2	17 ก.ย. 68	เกิดระหว่าง 1 ม.ค. 2496 - 31 ธ.ค. 2502	ภายในวันที่ 12 ก.ย. 68	
3	18 ก.ย. 68	เกิดระหว่าง 1 ม.ค. 2503 - 31 ส.ค. 2508	ภายในวันที่ 15 ก.ย. 68	

ช่องทางการรับเงิน (ตามลำดับ)



- 1 บัญชีเงินฝากธนาคารที่มีผู้มีสิทธิแจ้งตามหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นหรือบัญชีบุคคลอื่น **หรือ**
- 2 บัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน

โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject)

รอบที่ 1	24 ต.ค. 68
รอบที่ 2	24 พ.ย. 68
รอบที่ 3	24 ธ.ค. 68





ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิ ในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชน

สามารถแจ้งความประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น **หรือ**
เข้าบัญชีบุคคลอื่น

แบบฟอร์ม
หนังสือให้ความยินยอม



ขั้นตอนและเอกสารที่จำเป็นต้องใช้

1. กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น หรือแบบฟอร์มหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินเข้าบัญชีบุคคลอื่น ให้ชัดเจนและถูกต้องครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อ
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม หรือ ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน แล้วแต่กรณี พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม หรือ ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน แล้วแต่กรณี เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เพื่อเรียก/กระจายวัน) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

ช่องทางการจัดส่งเอกสาร



1. ยื่นด้วยตนเอง หรือ มอบอำนาจให้ผู้แทนมาดำเนินการแทน ที่ "สำนักงานคลังจังหวัดระยอง ชั้น 1 ศาลากลางจังหวัดระยอง"
2. ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ จ่าหน้าซองถึง "สำนักงานคลังจังหวัดระยอง ชั้น 1 ศาลากลางจังหวัดระยอง ต.เนินพระ อ.เมืองระยอง จ.ระยอง 21150"
3. ส่งเอกสารทาง E-mail : cfo.ryg2@gmail.com
4. Line OA Klang Rayong : @036vsxnh (มี @)



สอบถามเพิ่มเติม



กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด สนง.คลังจังหวัดระยอง



0 3869 4060-3 ต่อ 24832 - 24836



ryg@cgd.go.th

เงื่อนไขการได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
ที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วันเดือนปีเกิด	เดือนที่ได้รับสิทธิ	จำนวน เดือน	จำนวนเงิน ที่ได้รับ (บาท)
เกิด <u>ก่อน</u> 1 กุมภาพันธ์ 2508	กุมภาพันธ์ - กันยายน 2568	8	800
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 28 กุมภาพันธ์ 2508	มีนาคม - กันยายน 2568	7	700
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 มีนาคม 2508	เมษายน - กันยายน 2568	6	600
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 30 เมษายน 2508	พฤษภาคม - กันยายน 2568	5	500
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 พฤษภาคม 2508	มิถุนายน - กันยายน 2568	4	400
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 30 มิถุนายน 2508	กรกฎาคม - กันยายน 2568	3	300
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 กรกฎาคม 2508	สิงหาคม - กันยายน 2568	2	200
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 สิงหาคม 2508	กันยายน 2568	1	100

กำหนดการโอนเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วันที่ โอนเงิน	วันเดือนปีเกิด ของผู้มีสิทธิ	กรณีรับเงินผ่านบัญชีพร้อมแพทย์ ที่ผู้ดูแลเลข ปชช. 13 หลัก จะต้องดำเนินการ ก่อนวันโอนเงิน 3 วันทำการ	กรณีไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมแพทย์ได้		ช่องทางการรับเงิน (ตามลำดับ)
			ผู้มีสิทธิ ยื่นหนังสือ	สนค. อนุมัติ ในระบบ	
16 ก.ย. 68	เกิดก่อน 1 ม.ค. 2496	ภายในวันที่ 11 ก.ย. 68	ภายในวันที่ 1 ก.ย. 68	ภายในวันที่ 8 ก.ย. 68	1. บัญชีเงินฝากธนาคารที่มีสิทธิแจ้งตามหนังสือ ให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชี ร่วมกับบุคคลอื่นหรือบัญชีบุคคลอื่น หรือ 2. บัญชีพร้อมแพทย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน
17 ก.ย. 68	เกิดระหว่าง 1 ม.ค. 2496 - 31 ธ.ค. 2502	ภายในวันที่ 12 ก.ย. 68			
18 ก.ย. 68	เกิดระหว่าง 1 ม.ค. 2503 - 31 ธ.ค. 2508	ภายในวันที่ 15 ก.ย. 68			

กำหนดการโอนเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

รายการที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ครั้งที่	วันที่ โอนเงิน	วันเดือนปี เกิด ของผู้มีสิทธิ	กรณีรับเงินผ่านบัญชีพร้อมแพทย์ ที่ผู้ดูแลเลข ปชช. 13 หลัก จะต้องดำเนินการ ก่อนวันโอนเงิน 3 วันทำการ	กรณีไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมแพทย์ได้		ช่องทางการรับเงิน (ตามลำดับ)
				ผู้มีสิทธิ ยื่นหนังสือ	สนค. อนุมัติ ในระบบ	
1	24 ต.ค. 68	เกิด ก่อน 1 ก.ย. 2508	ภายในวันที่ 20 ต.ค. 68	ภายในวันที่ 6 ต.ค. 68	ภายในวันที่ 13 ต.ค. 68	1. บัญชีเงินฝากธนาคารที่มีสิทธิแจ้งความหนังสือให้ความยินยอม โอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นหรือบัญชีบุคคลอื่น หรือ 2. บัญชีพร้อมแพทย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน
2	24 พ.ย. 68			ภายในวันที่ 19 พ.ย. 68	ภายในวันที่ 6 พ.ย. 68	
3	24 ธ.ค. 68			ภายในวันที่ 19 ธ.ค. 68	ภายในวันที่ 8 ธ.ค. 68	1. บัญชีเงินฝากธนาคารที่มีสิทธิแจ้งความหนังสือให้ความยินยอม โอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นหรือบัญชีบุคคลอื่น หรือ 2. บัญชีเงินฝากธนาคารที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือ 3. บัญชีพร้อมแพทย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
สำหรับผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพยได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) □□/□□/□□□□ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ □□□-□□□-□□□□
เป็นผู้ได้รับสิทธิ์ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
☐ ผ่ส่งอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้า
ผ่านบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี ---
ซึ่งเป็นบัญชีร่วมของข้าพเจ้ากับ (นาย/นาง/นางสาว)
เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --
ในฐานะ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ
โครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้ถือบัญชีร่วม
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวจริง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวจริง

หมายเหตุ 1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

2. กรุณานับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภท เงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่าน
บัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□
ซึ่งเป็นบัญชีของ (นาย/นาง/นางสาว)
เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) □□/□□/□□□□ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี □□□-□□□-□□□□
ในฐานะ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า
เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ
ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ 1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

2. กรุณานำใบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทนเช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

4. สำเนาหนังสือสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)