

แบบคำขอยกเลิกมีบัตรประจำตัวคนพิการ

วันที่.....

เรียน นายทะเบียนกลาง/นายทะเบียนจังหวัดชลบุรี

ข้าพเจ้า (ต.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

- คนพิการ  ผู้ปกครอง  ผู้ดูแลคนพิการ  ผู้พิทักษ์  ผู้อนุบาล

กรณีเป็นผู้แทน

เป็นผู้แทนของคนพิการชื่อ (ต.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกการมีบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก

- คนพิการถึงแก่ความตาย
 ได้รับการฟื้นฟูจนไม่มีสภาพความพิการ / ลักษณะไม่ตรงตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕
 ไม่ประสงค์มีบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก.....

เอกสารที่ใช้ยื่นขอยกเลิกการมีบัตรประจำตัวคนพิการ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  สำเนาทะเบียนบ้าน  ใบรับรองแพทย์
 คินสมุดคนพิการ หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ
 สำเนาใบมรณบัตรคนพิการ  สำเนาบัตรประชาชนของผู้แทน

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การยกเลิกบัตรประจำตัวคนพิการ ทำให้ไม่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจหลักฐานแล้วเห็นสมควรดำเนินการดังนี้

- ดำเนินการตามคำร้องขอ เสนอต่อ นายทะเบียน เนื่องจาก .....
 ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

การพิจารณาของนายทะเบียน

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....