

ที่ กส ๑๓๓๓/

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน

จังหวัดกาฬสินธุ์ ๔๖๒๓๐

๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย อายุ..... ปี เลขที่ประจำตัวประชาชน
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน..... ตำบล..... อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
รหัสไปรษณีย์ ๔๖๒๓๐ เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ ได้เข้ารับการรักษ
พยาบาล ณ สถานพยาบาล แห่งนี้ ประเภทย่อยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือ
ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. และผู้มีสิทธิคุณสมบัติ
ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาค่าพยาบาล (ฉบับ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้
มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

สาธารณสุขอำเภอนามน

งานสุขภาพภาคประชาชน

โทร. ๐๔๓-๘๖๗๐๘๙