



## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ .....

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย, นาง, นางสาว) ..... อายุ ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่ .....

หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

เป็นผู้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม จำนวน .....บาท (.....)

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ  
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

### สำหรับเจ้าหน้าที่

คำสั่งประโยชน์ทดแทนและใบสั่งจ่าย

เห็นควรอนุมัติให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์  
กรณีทันตกรรม

เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)

(ลงชื่อ) .....  
(.....)

ผู้อนุมัติคำสั่ง

(ลงชื่อ) .....  
(.....)

ผู้อนุมัติจ่ายเงิน

(ลงชื่อ) .....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ) ..... พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ) ..... พยาน  
(.....)

### หมายเหตุ

1. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย (โปรดรับเงินก่อน 15.30 น.)
2. การมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรตามประมวลรัษฎากร

**คำเตือน :** ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ