

เลขที่.....

ใบคำร้องขอดำเนินการเรื่องทะเบียนคนพิการ

วันที่.....

เรียน นายทะเบียนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้าพเจ้า (ด.ช.,ด.ญ.,นาย,นาง,นางสาว).....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....เป็น คนพิการ ผู้แทน

กรณีเป็นผู้แทน เป็นผู้แทนของคนพิการชื่อ(ด.ช.,ด.ญ.,นาย,นาง,นางสาว).....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....

บุคคลพิการจดทะเบียนครั้งแรก ณ สำนักงานทะเบียนจังหวัด.....

มีความประสงค์

ขอจดทะเบียนคนพิการเป็นครั้งแรก

ขอเปลี่ยนแปลงประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก

สมุดประจำตัวคนพิการหมดอายุ เมื่อวันที่.....

สมุดประจำตัวคนพิการสูญหาย

สมุดประจำตัวคนพิการชำรุด

ขอเปลี่ยนผู้ดูแล จากชื่อเดิม คือ..... เปลี่ยนเป็น.....

ขอเปลี่ยนชื่อ จากชื่อเดิม..... เปลี่ยนเป็น.....

ขอเพิ่มชื่อผู้ดูแล.....

ขอเปลี่ยนที่อยู่จากเดิม.....

เปลี่ยนเป็น.....

ขอแจ้งการเสียชีวิตของคนพิการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

(ลงชื่อ).....ผู้ร้อง

(.....)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจหลักฐานแล้ว เห็นสมควรดำเนินการดังนี้

ดำเนินการตามที่ผู้ร้องขอ

ไม่ดำเนินการตามที่ผู้ร้องร้องขอ เนื่องจาก.....

อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....