

แบบสรุปผลการจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน

สำนักงานขนส่งจังหวัด..... ปีงบประมาณ.....

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ที่ได้รับอนุมัติ		ที่รับจริง		เงินสด/ เช็คเลขที่	หมายเหตุ
		อุปกรณ์	จำนวนเงิน	อุปกรณ์	จำนวนเงิน		

(ลงชื่อ).....ผู้ได้รับมอบหมาย
 (.....)
 (..... / /)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 (..... / /)