

คู่มือสำหรับประชาชน
(องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี)

งานที่ให้บริการ	การขอรับบำเหน็จตกทอด (กรณีลูกจ้างประจำผู้รับบำเหน็จรายเดือนหรือบำเหน็จพิเศษรายเดือนถึงแก่กรรม)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ชื่อ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ ช่องทางการให้บริการ

๑. กองคลัง
สำนักงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

๒. ระบุช่องทางในการขออนุญาตอื่น ๆ (ถ้ามี)

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. ถึง ๑๖.๓๐ น.

ระบุระยะเวลาเปิดให้บริการของช่องทางที่ ๒ (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับบำเหน็จตกทอด เป็นสิทธิประโยชน์ที่จ่ายให้แก่ทายาทของลูกจ้างประจำที่รับบำเหน็จรายเดือนหรือบำเหน็จพิเศษรายเดือนที่ถึงแก่ความตาย โดยจะจ่ายบำเหน็จตกทอดเป็นจำนวน ๑๕ เท่าของบำเหน็จรายเดือนหรือบำเหน็จพิเศษรายเดือน แล้วแต่กรณี

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

๑. ทายาทหรือผู้มีสิทธิยื่นเรื่องขอรับบำเหน็จตกทอด พร้อมเอกสารต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่เบิกบำเหน็จรายเดือนหรือบำเหน็จพิเศษรายเดือน

๒. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องและรวบรวมหลักฐาน เอกสารที่เกี่ยวข้องเสนอผู้มีอำนาจพิจารณา (ระยะเวลาประมาณ ๓-๕ วัน)

๓. นายกองการบริหารส่วนจังหวัดหรือผู้ที่รับมอบอำนาจพิจารณาสั่งจ่ายเงินบำเหน็จตกทอด (ระยะเวลาประมาณ ๑-๒ วัน)

๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัด แจงและเบิกจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่ทายาทหรือผู้มีสิทธิ (ระยะเวลาประมาณ ๑-๒ วัน)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

ชื่อ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาประมาณ ๑๕ วันทำการนับตั้งแต่การจัดส่งเอกสารหลักฐานครบถ้วน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ขอรับบำเหน็จตกทอด (กรณีลูกจ้างประจำผู้รับบำเหน็จรายเดือน หรือบำเหน็จพิเศษรายเดือนถึงแก่กรรม)

- | | |
|--|--------------|
| ๑. แบบคำขอรับบำเหน็จตกทอดลูกจ้างประจำ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดลูกจ้างประจำของราชการส่วนท้องถิ่น (กรณีไม่มีทายาทผู้มีสิทธิ) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. หนังสือรับรองการใช้เงินคืนแก่การหน่วยบริหารราชการส่วนท้องถิ่น | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาใบมรณบัตร สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต สำเนาทะเบียนสมรส/
สำเนาทะเบียนหย่าของคู่สมรส | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาใบมรณบัตรของทายาทที่เสียชีวิตแล้ว หรือหนังสือรับรองการตาย | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดามารดาผู้เสียชีวิต หรือหนังสือรับรองว่าสมรส
ก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๓๘ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. หนังสือรับรองความเป็นบุคคลคนเดียวกัน หรือเอกสารแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล
(ถ้ามี) กรณีชื่อตัว-ชื่อสกุลไม่ตรงตามเอกสารอ้างอิง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๘. สำเนาทะเบียนการรับรองบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือสำเนาคำพิพากษาของศาลว่าเป็นบุตร | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๙. สำเนาทะเบียนบ้านของทายาททุกคน | จำนวน ๑ ฉบับ |

หมายเหตุ - กรณีเป็นสำเนา ให้รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

ฝ่ายนิติการ...สำนักปลัดอบจ.

หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๓๕๕๒-๑๘๘๘

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

๑. แบบคำขอรับบำเหน็จตกทอดลูกจ้างประจำ
๒. แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดลูกจ้างประจำส่วนราชการส่วนท้องถิ่น
๓. หนังสือรับรองการใช้เงินคืนแก่หน่วยงานการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

แบบคำขอรับบำเหน็จตกทอดลูกจ้างประจำ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับบำเหน็จตกทอด

เรียน

ข้าพเจ้า.....เกี่ยวข้องกับผู้ตายโดยเป็น.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ขอยื่นเรื่องราว ดังต่อไปนี้

๑. ผู้รับบำเหน็จรายเดือน ผู้รับบำเหน็จพิเศษรายเดือน ชื่อ.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....จังหวัด.....

รับบำเหน็จรายเดือน รับบำเหน็จพิเศษรายเดือน เดือนละ.....บาท ตั้งแต่วันที่.....

ได้ถึงแก่กรรมด้วยเหตุ.....เมื่อวันที่.....

ตามมรณบัตรเลขที่.....ลงวันที่.....ออกโดย.....

๒. ผู้ตายสมรสโดยชอบด้วยกฎหมาย จำนวน.....ครั้ง ดังนี้

๒.๑ คู่สมรส ชื่อ.....ได้สมรสเมื่อวันที่.....

และขาดจากการสมรสเนื่องจาก ถึงแก่กรรม หย่า คำสั่งศาล เมื่อวันที่.....

๒.๒ คู่สมรส ชื่อ.....ได้สมรสเมื่อวันที่.....

และขาดจากการสมรสเนื่องจาก ถึงแก่กรรม หย่า คำสั่งศาล เมื่อวันที่.....

๓. ผู้ตายมีบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย จำนวน.....คน

๓.๑.....เกิดวันที่.....

๓.๒.....เกิดวันที่.....

๓.๓.....เกิดวันที่.....

๓.๔.....เกิดวันที่.....

๓.๕.....เกิดวันที่.....

๔. บิดาของผู้ตายชื่อ.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขณะนี้ ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่.....

๕. มารดาของผู้ตายชื่อ.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขณะนี้ ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่.....

๖. บุคคลซึ่งผู้ตายแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด มี จำนวน.....คน ไม่มี

๗. ข้าพเจ้าทำหนังสือรับรองไว้ต่อ.....

ว่าข้อความที่ปรากฏในเรื่องรายนี้นั้นถูกต้องตามความเป็นจริงและไม่มีทายาทหรือผู้มีสิทธิเหลืออยู่อีก ถ้าปรากฏว่ามีทายาทหรือผู้มีสิทธิเกิดขึ้นเมื่อใด ข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิที่ได้รับเรื่องไปแล้ว ยินยอมคืนเงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิและค่าใช้จ่ายเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ทางราชการ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

๘. พร้อมหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาบรรณบัตร
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนสมรส
- สำเนารับรองทายาท (ภริยา สามี หรือบุตรแล้วแต่กรณี)
- อื่น ๆ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้พยาน
(.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ (ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี)

.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นของนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือแสดงเจตนาของผู้รับบำเหน็จตกทอดของลูกจ้างประจำ
หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....(๑)

ข้าพเจ้า.....เดิมเป็นลูกจ้างประจำตำแหน่ง.....
สังกัดหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น.....อำเภอ.....
จังหวัด.....ปัจจุบันได้รับ บำเหน็จรายเดือน บำเหน็จพิเศษรายเดือน
เดือนละ.....(๒)บาท ที่อยู่ที่ติดต่อได้เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ในกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย หากข้าพเจ้าไม่มีทายาทผู้มีสิทธิจะได้รับบำเหน็จตกทอด (บุตร สามีหรือภริยา
และบิดามารดาที่ชอบด้วยกฎหมาย) ตามข้อ ๑๓/๔ วรรคสาม แห่งระเบียบมหาดไทยว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้าง
ของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย
บำเหน็จลูกจ้างของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๕๕ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนา
ระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด โดยหนังสือฉบับนี้ว่า ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินบำเหน็จตกทอดแก่บุคคล รวม
.....(๓) คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

๑.....ให้ได้รับ.....(๔) ส่วน ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๒.....ให้ได้รับ.....(๔) ส่วน ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๓.....ให้ได้รับ.....(๔) ส่วน ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หนังสือแสดงเจตนานี้ได้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน เก็บไว้ที่ผู้แสดงเจตนาหนึ่งฉบับ
อีกฉบับหนึ่งส่งไปเก็บไว้ที่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดฉบับนี้ได้ยื่นเมื่อวันที่.....
โดย.....เป็น ผู้แสดงเจตนา ผู้รับมอบฉันทะ ตามหนังสือมอบฉันทะ
ฉบับลงวันที่.....ได้นำหนังสือแสดงเจตนาเก็บไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ.....(๕) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

- หมายเหตุ**
๑. การขูดลบ ขีดฆ่า หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด ให้ผู้แสดงเจตนาลงลายมือชื่อกำกับไว้
 ๒. ให้ระบุค่านำหน้า ชื่อ และนามสกุล ของผู้แสดงเจตนา ผู้ที่ถูกระบุตัวให้เป็นผู้รับบำเหน็จตกทอดหรือผู้รับมอบฉันทะ
 ๓. ให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่อง ที่ใช้

คำอธิบายการกรอกแบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด (แบบ ๑)

- (๑) ให้ระบุวัน เดือน ปี ที่แสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด
- (๒) ให้ระบุเงินบำเหน็จรายเดือนหรือบำเหน็จพิเศษรายเดือน ที่ได้รับอยู่ขณะที่แสดงเจตนา
- (๓) ให้ระบุจำนวนผู้มีสิทธิรับบำเหน็จตกทอด
- (๔) กรณีระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอดไว้มากกว่าหนึ่งคน ให้กำหนดส่วนที่จะมีสิทธิได้รับให้ชัดเจนด้วย เช่น นาย ก. ให้ได้รับ ๑ ส่วน นางสาว ข. ให้ได้รับ ๑ ส่วน และเด็กหญิง ค. ให้ได้รับ ๒ ส่วน เป็นต้น หรือกรณีที่ไม่ได้กำหนดส่วนไว้ให้ถือว่าทุกคนมีสิทธิได้รับในอัตราส่วนที่เท่ากัน
- (๕) หัวหน้าฝ่ายผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับงานบำเหน็จลูกจ้างประจำ หรือเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ไม่ต่ำกว่าระดับ ๓ ที่ได้รับมอบหมาย

หนังสือรับรองการใช้เงินคืนของลูกจ้างประจำแก่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองไว้ต่อ องค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ว่าการขอรับบำเหน็จปกติ บำเหน็จพิเศษ และเงินช่วยพิเศษ ในฐานะเป็นทายาทของผู้ตาย (ลูกจ้างประจำ) ชื่อ.....ชื่อสกุล..... ตำแหน่ง.....ซึ่งตายเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถูกต้องและครบถ้วนแล้วและไม่มีทายาทผู้มีสิทธิเหลืออยู่อีกถ้าต่อไปปรากฏว่ามีทายาทผู้มีสิทธิ โดยขอด้วยกฎหมายของผู้ตายเกิดขึ้นเมื่อใด ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้นคืนให้แก่หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ทางหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ให้สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ที่อยู่ของผู้ขอ.....

.....รหัสไปรษณีย์.....