

กรณี “คนพิการถึงแก่ความตาย”

- สำเนาใบมรณะบัตร
- สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ตาย)
- บัตรประจำตัวคนพิการ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแล/ผู้อื่น
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ดูแล/ผู้อื่น

กรณี “ได้รับการฟื้นฟูจนไม่มีสภาพความพิการ”

- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาทะเบียนบ้าน/บัตรประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ

กรณี “ไม่ประสงค์มีบัตรประจำตัวคนพิการ”

- สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ
- สำเนาบัตรประชาชนคนพิการ
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- คำร้องทั่วไป (ให้เขียนที่ สนง.พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำปาง)

แบบคำขอยกเลิกการมีบัตรประจำตัวคนพิการ

วันที่.....

เรียน นายทะเบียนกลาง/นายทะเบียนจังหวัด.....

ข้าพเจ้า (ค.ช. , ค.ญ. , นาย , นาง , น.ส. ,).....สกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน - - - - -

- ☐ เป็นคนพิการ ☐ ผู้ปกครอง
☐ ผู้พิทักษ์ ☐ คู่สมรส ☐ ผู้ดูแลคนพิการ

****กรณีเป็นผู้แทน**

เป็นผู้แทนของคนพิการชื่อ (ค.ช. , ค.ญ. นาย , นาง , น.ส.).....

สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน - - - - -

มีความประสงค์ขอยกเลิกการมีบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก

- ☐ คนพิการถึงแก่ความตาย
☐ ได้รับการฟื้นฟูจนไม่มีสภาพความพิการ
☐ ไม่ประสงค์มีบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจหลักฐานแล้วเห็นสมควรดำเนินการดังนี้

- ☐ ดำเนินการตามที่ผู้ร้องขอ เสนอต่อ นายทะเบียน
☐ ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

การพิจารณาของนายทะเบียน

- ☐ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(.....)

นายทะเบียนกลาง/นายทะเบียนจังหวัด.....