

คู่มือสำหรับประชาชน
(องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม)

งานที่ให้บริการ	การขอรับบำเหน็จตกทอดและเงินช่วยเหลือ (กรณีผู้รับบำนาญส่วนท้องถิ่นถึงแก่กรรม)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม ต.แม่กลอง อ.เมืองฯ จ.สมุทรสงคราม

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม ต.แม่กลอง อ.เมืองฯ จ.สมุทรสงคราม	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับบำเหน็จตกทอด เป็นสิทธิประโยชน์ที่จ่ายให้แก่ทายาท หรือกรณีไม่มีทายาทจ่ายให้แก่ผู้มีสิทธิตามที่ผู้รับบำนาญแสดงเจตนาไว้ เมื่อผู้รับบำนาญปกติหรือผู้มีสิทธิจะได้รับบำนาญปกติ หรือผู้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพถึงแก่ความตาย โดยจ่ายเงินบำเหน็จตกทอดเป็นจำนวน ๓๐ เท่าของบำนาญรายเดือน รวมกับเงินช่วยค่าครองชีพผู้รับบำนาญของราชการส่วนท้องถิ่น โดยหักเป็นเงินบำเหน็จดำรงชีพที่ได้รับไปก่อนแล้ว (ถ้ามี) ตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๐๐ และแก้ไขเพิ่มเติม
- กรณีเงินช่วยเหลือจ่ายเป็นจำนวน ๓ เท่าของเงินบำนาญรวมกับเงินเพิ่มจากเงินบำนาญ (ถ้ามี) และเงินช่วยค่าครองชีพผู้รับบำนาญ (ถ้ามี) โดยจ่ายตามหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือกรณีผู้รับบำนาญส่วนท้องถิ่นถึงแก่ความตาย (แบบ บ.ท.๑๐) แต่ถ้าผู้ตายมิได้แสดงไว้ก็ให้จ่ายแก่บุคคลตามข้อ ๓๐ ของระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๖ การขอรับเงินช่วยเหลือ ให้กระทำภายใน ๑ ปี นับแต่ผู้รับบำนาญถึงแก่ความตาย

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ทายาท หรือผู้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จตกทอด และผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือของผู้รับบำนาญส่วนท้องถิ่น ยื่นคำขอรับบำเหน็จตกทอดและเงินช่วยเหลือ พร้อมเอกสารหลักฐาน ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับบำนาญครั้งสุดท้าย	กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม ต.แม่กลอง อ.เมืองฯ จ.สมุทรสงคราม
๒. เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับบำนาญสอบสวนบันทึกปากคำผู้ยื่น และตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารหลักฐาน (๑ - ๓ ชั่วโมง)	กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม ต.แม่กลอง อ.เมืองฯ จ.สมุทรสงคราม

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๓. เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับบำนาญรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เสนอผู้มีอำนาจลงนามพิจารณา จัดส่งเรื่องให้จังหวัด เพื่อดำเนินการออกคำสั่งจ่าย (ภายใน ๑๕ วันทำการ นับจากวันยื่นคำขอ)	กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม ต.แม่กลอง อ.เมืองฯ จ.สมุทรสงคราม
๔. เจ้าหน้าที่ของสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจัดทำคำสั่งจ่ายฯ เสนอผู้ว่าราชการจังหวัดพิจารณาอนุมัติ และลงนามในคำสั่งจ่ายฯ และส่งเรื่องให้สำนักงานกองทุนบำเหน็จบำนาญต่อไป	กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม ต.แม่กลอง อ.เมืองฯ จ.สมุทรสงคราม
๕. จังหวัดจัดส่งคำสั่งจ่ายฯ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินการเบิกจ่าย (ภายใน ๑๕ วันทำการ นับจากวันที่ผู้ว่าราชการจังหวัดอนุมัติ)	กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม ต.แม่กลอง อ.เมืองฯ จ.สมุทรสงคราม
๖. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งให้ทายาท หรือผู้มีสิทธิรับเงิน บำเหน็จตกทอด และผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือรับทราบ และดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้ต่อไป (ภายใน ๓ วันทำการ นับจากวันที่ได้รับเรื่องจากจังหวัด)	กองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม ต.แม่กลอง อ.เมืองฯ จ.สมุทรสงคราม

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ประมาณ ๔๕ วันทำการ นับจากวันที่ยื่นเรื่องขอรับบำเหน็จหรือบำนาญ

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

- | | |
|---|--------------|
| ๑. แบบขอรับบำเหน็จตกทอด (แบบ บ.ท.๕) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๒. แบบหนังสือรับรองการใช้เงินคืนแก่ทางราชการ (แบบ บ.ท.๖) โดยทายาทหรือผู้มีสิทธิ ตามหนังสือแสดงเจตนาลงนามทุกคน กรณีเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองโดยชอบธรรมลงชื่อแทน | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๓. แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับบำเหน็จตกทอด (เฉพาะกรณีไม่มีทายาท) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๔. แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือ กรณีผู้รับบำนาญส่วนท้องถิ่นถึงแก่ความตาย | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๕. หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ กรณีผู้รับบำนาญถึงแก่ความตาย (แบบ บ.ท.๑๐) (ถ้ามี) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๖. สำเนาใบมรณบัตร | จำนวน ๓ ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ งานนิติกร และงานการเจ้าหน้าที่
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม อ.เมืองฯ จ.สมุทรสงคราม โทร. ๐๓๔-๗๑๕๐๑๒ และ ๐๓๔-๗๑๑๘๐๕

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบขอรับบำเหน็จตกทอด (แบบ บ.ท.๕)
- แบบหนังสือรับรองการใช้เงินแก่ทางราชการ (แบบ บ.ท.๖)
- แบบคำขอรับเงินช่วยเหลือ กรณีผู้รับบำนาญส่วนท้องถิ่นถึงแก่ความตาย

เรื่องขอรับบำเหน็จตกทอด

บ.ท. 5

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอรับบำเหน็จตกทอด

เรียน

ข้าพเจ้า เกี่ยวข้องกับผู้ตาย โดยเป็น อยู่บ้านเลขที่.....
..... ขอยื่นเรื่องราวดังต่อไปนี้

1. ข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้ตายชื่อ ชื่อสกุล

ตำแหน่ง สังกัดราชการส่วนท้องถิ่น ได้ถึงแก่กรรม

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ตามมรณบัตรเลขที่ ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

ได้รับเงินเดือนเดือนสุดท้ายเดือน บาท เงินเพิ่ม (ถ้ามี) บาท

ผู้รับบำนาญตายชื่อ ชื่อสกุล

รับบำนาญครั้งสุดท้ายจากราชการส่วนท้องถิ่น จังหวัด

(ก่อนรับบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น สังกัด จังหวัด

ตำแหน่ง)

ได้ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ตามมรณบัตรเลขที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ได้รับเงินบำนาญเดือนละ บาท เงินเพิ่มจากเงินบำนาญร้อยละ 25 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2522 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2525 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2532 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2533 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2534 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2535 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2538 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2547 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2548 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2549 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2551 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2552 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2554 เดือนละ บาท

ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่.....) พ.ศ..... เดือนละ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้นเดือนละ บาท

2. คู่สมรสโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ตายชื่อ..... ชื่อสกุล.....

ได้สมรสกันเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ตามใบสำคัญการสมรสเลขที่..... ออก ณ สำนักงานทะเบียนเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... (ถ้าเป็นภริยาหรือสามีซึ่งสมรสก่อนประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์คือก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2478 ให้ส่งใบรับรองของผู้ที่เชื่อถือได้ไปด้วย ถ้าสมรสตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2478 เป็นต้นมา ให้ส่งสำเนาการจดทะเบียนสมรสไปด้วย ข้าพเจ้ามีบุตรกับผู้ตาย รวม..... คน คือ

- (1)..... เกิดวันที่..... /..... /.....
- (2)..... เกิดวันที่..... /..... /.....
- (3)..... เกิดวันที่..... /..... /.....
- (4)..... เกิดวันที่..... /..... /.....
- (5)..... เกิดวันที่.....
- (6)..... เกิดวันที่.....
- (7)..... เกิดวันที่.....
- (8)..... เกิดวันที่.....
- (9)..... เกิดวันที่.....
- (10)..... เกิดวันที่.....

3. บิดาผู้ตายชื่อ..... ชื่อสกุล.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
เวลานี้ยังมีชีวิตอยู่ หรือถึงแก่กรรมเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

มารดาผู้ตายชื่อ..... ชื่อสกุล.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
เวลานี้ยังมีชีวิตอยู่ หรือถึงแก่กรรมเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

4. ข้าพเจ้ารับรองว่า ทายาทนอกจากที่กล่าวข้างต้น ไม่มีทายาทอื่นใดอีก หากปรากฏภายหลังว่ามี

ทายาทอื่นที่มีสิทธิได้รับบำเหน็จตกทอดของผู้ถึงแก่กรรมร้องคัดค้านหรือแย้งสิทธิประการใดแล้ว ขอรับผิดชอบใช้ความเสียหายของทางราชการทั้งสิ้น ข้าพเจ้าและผู้ถึงแก่กรรมตลอดจนทายาททั้งหมดไม่เป็นผู้ต้องห้าม ตามความในพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2500 52, 53, 54 และมาตรา 47 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530 มาตรา 6 พร้อมหนังสือนี้ข้าพเจ้าได้ส่ง

- (1) สำเนารณบัตร
- (2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (3) ใบสำคัญการสมรส
- (4) หนังสือรับรองทายาท (ภริยา สามี หรือบุตรแล้วแต่กรณี)
- (5) สูติบัตรของบุตรที่เป็นทายาททุกคน มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

()

หมายเหตุ ข้อความใดที่ไม่ต้องการให้ขีดฆ่าออก

หนังสือรับรองการใช้จ่ายเงินคืนแก่ทางราชการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองไว้ต่อ.....ว่า การขอรับเงินบำเหน็จตกทอดและเงินช่วยเหลือพิเศษ
 ในฐานะเป็นทายาทของผู้ตายชื่อ.....ชื่อสกุล.....ซึ่งตายเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ถูกต้องและครบถ้วนแล้วและไม่มีทายาทผู้มีสิทธิเหลืออยู่อีก ถ้าต่อไปปรากฏว่ามีทายาท ผู้มีสิทธิโดยชอบด้วย
 กฎหมายของผู้ตายขึ้นเมื่อใด ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิตลอดจนค่าเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้น
 ทั้งสิ้นคืนให้แก่ทางราชการส่วนท้องถิ่นภายใน 30 วัน นับจากวันที่ทางราชการส่วนท้องถิ่นแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ
 ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ให้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ที่อยู่ของผู้ขอ.....

.....

 รหัสไปรษณีย์.....

หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ
กรณีผู้รับบำนาญส่วนท้องถิ่นถึงแก่ความตาย

บ.ท.10

เขียนที่

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย นาง นางสาว).....เป็นผู้รับบำนาญส่วนท้องถิ่น
(องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล).....
ก่อนรับบำนาญเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง.....ระดับ.....
สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ได้รับเงินบำนาญเดือนละ.....บาท เงินเพิ่มจากเงินบำนาญร้อยละ 25
เดือนละ.....บาท (ถ้ามี)
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2522 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2525 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2532 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2533 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2534 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2535 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2538 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2547 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2548 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2549 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2551 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2552 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2554 เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่) พ.ศ. เดือนละ.....บาท
ได้รับเงิน ช.ค.บ. ตามระเบียบ มท. (ฉบับที่) พ.ศ. เดือนละ.....บาท
รวมเป็นเงินทั้งสิ้นเดือนละ.....บาท

ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือ โดยหนังสือฉบับนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่าง
ที่รับบำนาญ และทางราชการส่วนท้องถิ่นจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือให้ตามพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ
ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น
และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินช่วยค่าครองชีพผู้รับบำนาญของราชการส่วนท้องถิ่น
ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยเหลือแก่.....ซึ่งมีภูมิลำเนา
อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ลงชื่อผู้รับบำนาญ.....ผู้แสดงเจตนา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)