



ข่าวกระทรวงการคลัง

กลุ่มสารนิเทศการคลัง สำนักงานเลขาธิการกรมการคลัง โทร. 0-2126-5800 โทรสาร 0-2273-9763

www.mof.go.th

ฉบับที่ 84/2566

วันที่ 3 พฤษภาคม 2566

แนวทางการโอนเงินให้แก่ผู้ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ที่ไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้

นายพรชัย ชีระเวช ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ในฐานะโฆษกกระทรวงการคลังเปิดเผยว่า เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบการดำเนินโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 (โครงการฯ) รวมถึงการใช้บัตรประจำตัวประชาชนแทนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐสำหรับผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ และเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2565 คณะกรรมการประชารัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม (คณะกรรมการฯ) ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบโครงการฯ มีมติเห็นชอบให้ใช้การโอนเงินผ่านระบบพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชนเป็นช่องทางการโอนเงินสดให้แก่ผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ แทนการโอนเงินผ่านช่องทางกระเป๋าเงินอิเล็กทรอนิกส์ (e-Money) ในบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ซึ่งปัจจุบันการให้สิทธิสวัสดิการสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ จะเป็นการตั้งวงเงินสิทธิในบัตรประจำตัวประชาชนเท่านั้น โดยจะไม่มีกรณีโอนเงินสด ยกเว้นเงินเพิ่มเติมเบี่ยความพิการเดือนละ 200 บาท เฉพาะผู้พิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ ที่ได้รับเบี่ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เดือนละ 800 บาท และจะได้รับเงินเพิ่มเติมเบี่ยความพิการเดือนละ 200 บาท ทุกวันที่ 20 ของแต่ละเดือน

โฆษกกระทรวงการคลังกล่าวเพิ่มเติมว่า เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2566 คณะกรรมการฯ ได้มีการกำหนดแนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ (ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. กลุ่มผู้พิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการที่ได้รับเบี่ยความพิการของ อปท. เดือนละ 800 บาท และผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ ซึ่งจะได้รับเงินเพิ่มเติมเบี่ยความพิการอีกเดือนละ 200 บาท จำนวนทั้งสิ้น 1,138,257 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 27 มีนาคม 2566) กระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลาง จะดำเนินการโอนเงินเพิ่มเติมเบี่ยความพิการเดือนละ 200 บาท ผ่านช่องทาง ดังต่อไปนี้

1.1 โอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ (กรณีผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ มีบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน ณ วันที่ 27 มีนาคม 2566) จำนวน 871,270 ราย ซึ่งกลุ่มนี้ได้รับเงินเพิ่มเติมเบี่ยความพิการตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 ที่ผ่านมาแล้ว

1.2 โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากเดิมที่ผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ ใช้รับเบี่ยความพิการจาก อปท. เดือนละ 800 บาท (กรณีไม่สามารถรับเงินผ่านบัญชีพร้อมเพย์ตามข้อ 1.1) มีจำนวน 233,489 ราย โดยกลุ่มนี้จะได้รับเงินเพิ่มเติมเบี่ยความพิการย้อนหลังตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 ในเดือนพฤษภาคม 2566 (รวมเงินเพิ่มเติมเบี่ยความพิการ 2 เดือน เป็นจำนวนทั้งสิ้น 400 บาท)

1.3 ผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ ที่รับเบี่ยความพิการจาก อปท. เดือนละ 800 บาท เป็นเงินสด จะโอนเงินเข้าบัญชีพร้อมเพย์ที่เปิดและผูกกับเลขประจำตัวประชาชนขึ้นมาใหม่ โดยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับคณะผู้บริหารการคลังประจำจังหวัด อปท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน ลงพื้นที่เพื่อเปิดบัญชีเงินฝากและผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนให้แก่ผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติ

ตามโครงการฯ หรือผู้รับมอบอำนาจรับเบี้ยความพิการของ อปท. แทนผู้พิการ จำนวน 33,498 ราย ซึ่งกลุ่มนี้ หากดำเนินการเปิดบัญชีและผูกบัญชีพร้อมเพย์แล้ว จะได้รับเงินเพิ่มเติมเบี้ยความพิการเดือนละ 200 บาท ย้อนหลังตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 เป็นต้นไป

2. กลุ่มผู้พิการที่ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถเดินทางไปเปิดบัญชีเงินฝากและผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้

2.1 โอนเข้าบัญชีร่วมของผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ ที่เป็นผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ กับผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

2.1.1 ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ ต้องกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอม โอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (เอกสารแนบ 1)

2.1.2 ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ ต้องส่งหนังสือให้ความยินยอมดังกล่าวให้กรมบัญชีกลาง (สำหรับกรุงเทพมหานคร) หรือสำนักงานคลังจังหวัด (สำหรับต่างจังหวัด)

2.2 โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากที่ผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนของผู้ที่ได้รับความยินยอม จากผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ เป็นผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ ให้รับโอน เงินสวัสดิการเข้าบัญชีเงินฝาก แทน โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ ต้องกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอม โอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (เอกสารแนบ 2)

2.2.2 ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ ต้องส่งหนังสือให้ความยินยอมดังกล่าวให้กรมบัญชีกลาง (สำหรับกรุงเทพมหานคร) หรือสำนักงานคลังจังหวัด (สำหรับต่างจังหวัด)

ทั้งนี้ การดำเนินการตามข้อ 2.1 และข้อ 2.2 ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ จะต้องจัดส่งเอกสารทั้งหมด ให้กรมบัญชีกลางหรือสำนักงานคลังจังหวัด ดังนี้

1) หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (การดำเนินการตามข้อ 2.1) หรือหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (การดำเนินการตามข้อ 2.2) โดยผู้ได้รับสิทธิ ตามโครงการฯ สามารถดาวน์โหลดหนังสือให้ความยินยอมได้จากเว็บไซต์ของโครงการฯ ได้ที่ <https://บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ.mof.go.th> หรือ <https://welfare.mof.go.th> หรือติดต่อขอรับจากหน่วยงานรับ ลงทะเบียนทุกหน่วยทั่วประเทศ

2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

3) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม (การดำเนินการตามข้อ 2.1) หรือสำเนา บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงินโอนสวัสดิการแทน (การดำเนินการตามข้อ 2.2) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

4) เอกสารแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม (การดำเนินการ ตามข้อ 2.1) หรือผู้รับเงินโอนสวัสดิการแทน (การดำเนินการตามข้อ 2.2) เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาเอกสารทางราชการอื่นที่สามารถแสดงความสัมพันธ์ได้ เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

5) สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้น ประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

6) ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

3. กลุ่มบุคคลล้มละลาย

หากกระทรวงการคลังมีมาตรการหรือโครงการที่ชัดเจนที่จะต้องโอนเงินสวัสดิการให้บุคคลล้มละลาย ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ บุคคลล้มละลายที่ได้รับสิทธิตามโครงการฯ จะต้องติดต่อ เจ้าพนักงานพิทักษ์ทรัพย์ เพื่อขอเปิดบัญชีเงินฝากสำหรับการรับเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ต่อไป ซึ่งเป็นไปตาม มาตรา 67 (1) และมาตรา 67 (2) แห่งพระราชบัญญัติล้มละลาย พ.ศ. 2483

โฆษกกระทรวงการคลังเน้นย้ำว่า แนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ ตามข้อ 2 และข้อ 3 จะเป็นการเตรียมการเพื่อรองรับมาตรการหรือโครงการใด ๆ ที่ภาครัฐอาจจะให้ความช่วยเหลือเป็นเงินโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในอนาคตเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้ได้รับสิทธิสามารถติดตามข่าวสารโครงการฯ สำหรับสวัสดิการต่าง ๆ ในอนาคตได้จากเว็บไซต์ของโครงการฯ ได้ที่ <https://บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ.mof.go.th> หรือ <https://welfare.mof.go.th>

สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง โทร. 09 4858 9794 (เวลาทำการ 08.30 – 16.30 น.)

สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง โทร. 02 273 9020 ต่อ 3502 3503 3506 3536 3542 3518 หรือ โทร. 08 5842 7102, 08 5842 7103, 08 5842 7104 ,08 5842 7105, 08 5842 7106, 08 5842 7107 08 5842 7109 (เวลาทำการ 08.30 – 16.30 น.)

ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โทร. 02 109 2345 (เวลาทำการ 08.30 – 17.30 น.)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
 สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 (เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
 ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน --- อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --
 เป็นผู้ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
 ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้า
 ผ่านบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี --
 ซึ่งเป็นบัญชีร่วมของข้าพเจ้ากับ (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน --- อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --
 ในฐานะ บิดา มารดา บุตร อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า
 ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ
 โครงการฯ ในกรณีนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้ถือบัญชีร่วม
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เมื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น
 สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 (เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
 ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --.
 เป็นผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
 ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่าน
 บัญชีธนาคาร..... เลขที่บัญชี --
 ซึ่งเป็นบัญชีของ (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ --
 ในฐานะ บิดา มารดา บุตร อื่น ๆ โปรดระบุ..... ของข้าพเจ้า
 ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า
 เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในกรณีนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ
 ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทนเช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)