



ที่ ศธ ๐๔๐๒๗/ ๑๗๕๖๗

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา  
ขอนแก่น เขต ๓ ถนนเมืองพล - ชัยภูมิ  
ตำบลลอมคอม อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น  
๔๐๑๒๐

๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ชักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับการเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการศึกษาบุตร  
เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียน ทุกโรงเรียนในสังกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์มขอเบิกสวัสดิการฯ จำนวน ๒ ชุด  
๒. คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่ ๓๐๔/๒๕๕๒ จำนวน ๑ ชุด  
๓. คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่ ๕๖๕/๒๕๖๑ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต ๓ ขอชักซ้อมความเข้าใจ  
เกี่ยวกับการเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการศึกษาบุตร เพื่อให้การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ  
ดังกล่าว ของบุคลากรในสังกัดเป็นไปด้วยความถูกต้อง ครบถ้วน ตามแนวทางที่ระเบียบกำหนด ขอให้  
บุคลากรในสังกัดดำเนินการและถือปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติ

ขอแสดงความนับถือ

(นายโอวาท อดทน)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต ๓

กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์  
โทร ๐๔๓-๓๐๖-๗๔๘



สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓

“เรียนดี มีความสุข”

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|   |   |                              |                                |   |  |  |                           |                              |   |                        |                              |  |                 |                              |   |                          |                              |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|---|--|--|---------------------------|------------------------------|---|------------------------|------------------------------|--|-----------------|------------------------------|---|--------------------------|------------------------------|
| 1. ข้าพเจ้า.....  | ชื่อผู้ขอเบิก                                     | ตำแหน่ง.....                 |                                |   |  |  |                           |                              |   |                        |                              |  |                 |                              |   |                          |                              |
| สังกัด .....  |   |                              |                                |   |  |  |                           |                              |   |                        |                              |  |                 |                              |   |                          |                              |
| <p>2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> ตนเอง</td> <td style="width: 35%; border: 1px solid black; padding: 5px;">ทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">หน้าผู้ที่ต้องการใช้สิทธิ</td> <td>.....เลขประจำตัวประชาชน.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">พร้อมระบุชื่อ-สกุล และ</td> <td>.....เลขประจำตัวประชาชน.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">เลขบัตร ประชาชน</td> <td>.....เลขประจำตัวประชาชน.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">กรณีเบิกตนเองไม่ต้องระบุ</td> <td>.....เลขประจำตัวประชาชน.....</td> </tr> </table> <p>เกิดเมื่อ.....ระบุ วัน/เดือน/ปีเกิด.....เป็นบุตรลำดับที่.....ระบุลำดับบุตร</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> ก</p> <p>ป่วยเป็นโรค.....ระบุโรคที่ได้รับการรักษา</p> <p>และ ได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....ระบุชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา</p> <p>ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....</p> <p>เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงินรวมทุกฉบับ.....บาท (.....จำนวนเงินเป็นตัวอักษร)</p> <p>ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ จำนวนใบเสร็จรับเงินทั้งหมด</p> |   |                              | <input type="checkbox"/> ตนเอง | ทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... | หน้าผู้ที่ต้องการใช้สิทธิ | .....เลขประจำตัวประชาชน..... | <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... | พร้อมระบุชื่อ-สกุล และ | .....เลขประจำตัวประชาชน..... | <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... | เลขบัตร ประชาชน | .....เลขประจำตัวประชาชน..... | <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... | กรณีเบิกตนเองไม่ต้องระบุ | .....เลขประจำตัวประชาชน..... |
| <input type="checkbox"/> ตนเอง  | ทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> |                              |                                |   |  |  |                           |                              |   |                        |                              |  |                 |                              |   |                          |                              |
| <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....  | หน้าผู้ที่ต้องการใช้สิทธิ                         | .....เลขประจำตัวประชาชน..... |                                |   |  |  |                           |                              |   |                        |                              |  |                 |                              |   |                          |                              |
| <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....   | พร้อมระบุชื่อ-สกุล และ                            | .....เลขประจำตัวประชาชน..... |                                |   |  |  |                           |                              |   |                        |                              |  |                 |                              |   |                          |                              |
| <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....  | เลขบัตร ประชาชน                                   | .....เลขประจำตัวประชาชน..... |                                |   |  |  |                           |                              |   |                        |                              |  |                 |                              |   |                          |                              |
| <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....   | กรณีเบิกตนเองไม่ต้องระบุ                          | .....เลขประจำตัวประชาชน..... |                                |   |  |  |                           |                              |   |                        |                              |  |                 |                              |   |                          |                              |
| <p>3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย</p> <p>เป็นเงิน.....จำนวนเงินที่เบิกได้ตามสิทธิ.....จำนวนเงินที่เป็นตัวอักษร.....) และ</p> <p>(1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">ระบุคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี</div> <p>(2) .....ข้าพเจ้า</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น</p>  |   |                              |                                |   |  |  |                           |                              |   |                        |                              |  |                 |                              |   |                          |                              |

ผอ.รร. (กรณี ผอ.รร. เป็นผู้ขอเบิก ให้เสนอ รอง ผอ.รร. / เจ้าหน้าที่การเงิน รร.)

4. เสนอ .....

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลายมือชื่อผู้ขอเบิก

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

- ผอ.รร. ลงนามอนุมัติ กรณีข้าราชการครูใน รร.

เป็นผู้ใช้สิทธิขอเบิก

- รอง ผอ.รร. / เจ้าหน้าที่การเงิน รร. ลงนามอนุมัติ

กรณี ผอ.รร. เป็นผู้ใช้สิทธิขอเบิก

คำสั่งมอบอำนาจที่ 304/2561 ลงวันที่ 12 มี.ค. 57

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

จำนวนเงินที่มีสิทธิเบิกได้ ตามข้อ 3.

(.....) ว่างถูกต้องแล้ว

จำนวนเงินที่เป็นตัวอักษร

ลายมือชื่อผู้ขอเบิก

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิ์เพียงใด และขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดาหรือบุตรแล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

## เอกสารประกอบการเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

### เบิกค่ารักษาพยาบาล (ข้าราชการ) สถานพยาบาลของทางรัฐ

#### เบิกให้ตนเอง

1. ใบเสร็จรับเงิน
2. สำเนาบัตรประชาชน
3. ใบเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (ถ้ามี)

#### เบิกให้คู่สมรส

1. ใบเสร็จรับเงิน
2. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้ขอเบิก)
3. สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาทะเบียนบ้าน (คู่สมรส)
4. สำเนาทะเบียนสมรส
5. ใบเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (ถ้ามี)

#### เบิกให้บิดา/มารดา

1. ใบเสร็จรับเงิน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ขอเบิก)
3. สำเนาบัตรประชาชน บิดา/มารดา
4. ใบเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (ถ้ามี)

#### เบิกให้บุตร

1. ใบเสร็จรับเงิน
2. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้ขอเบิก)
3. สูติบัตร / สำเนาทะเบียนบ้าน บุตร
4. กรณีบิดาเป็นผู้ขอเบิกให้แนบสำเนาทะเบียนสมรส
5. ใบเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล (ถ้ามี)

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลของเอกชน ให้แนบใบประเมินการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน จาก “ระบบสนับสนุนวินิจัยการคัดแยกความเจ็บป่วยฉุกเฉิน” โดยพิจารณาจากรหัส ESI เป็นสำคัญ (หากไม่ระบุระดับความฉุกเฉินให้แนบใบรับรองแพทย์ระบุความฉุกเฉินประกอบ) ทั้งนี้ไม่เกิน 72 ชม.



คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน  
ที่ 304/2557

เรื่อง มอบอำนาจอนุมัติการเบิกเงินค่าสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ด้วย กระทรวงการคลัง ได้ยกเลิกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยกำหนดให้ส่วนราชการถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 แทน

ดังนั้น เพื่อให้การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของหน่วยงานในสังกัดเป็นไปอย่างคล่องตัว สอดคล้องกับหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 จึงยกเลิกคำสั่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ 98/2553 เรื่อง มอบอำนาจการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการศึกษาของบุตรลงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2553 และให้ใช้คำสั่งฉบับนี้แทน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 45 (3) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2546 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกระทรวงศึกษาธิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 และข้อ 9 (1) วรรคสาม แห่งหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จึงมอบอำนาจอนุมัติการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างประจำในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา หรือโรงเรียน หรือศูนย์การศึกษาพิเศษ ให้บุคคลต่อไปนี้ปฏิบัติราชการแทนเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

1. มอบอำนาจให้ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา หรือผู้อำนวยการโรงเรียน หรือผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ แล้วแต่กรณี เป็นผู้อนุมัติการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างประจำในสังกัด แทนเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

2. มอบอำนาจให้รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่รับผิดชอบภารกิจงาน  
กลุ่มบริหารงานการเงินและสินทรัพย์ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เป็นผู้อนุมัติการเบิกเงิน  
ค่ารักษาพยาบาลของผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา แทนเลขาธิการคณะกรรมการ  
การศึกษาขั้นพื้นฐาน

3. มอบอำนาจให้รองผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นผู้อนุมัติการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล  
ของผู้อำนวยการโรงเรียน กรณีโรงเรียนไม่มีตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงเรียน หรือมีแต่ยังไม่มี  
ผู้ดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงเรียน ให้บุคคลที่โรงเรียนมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษรให้ทำหน้าที่  
เจ้าหน้าที่การเงินของโรงเรียนซึ่งเป็นข้าราชการ เป็นผู้อนุมัติการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ  
ผู้อำนวยการโรงเรียน แทนเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

4. มอบอำนาจให้รองผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ เป็นผู้อนุมัติการเบิกเงิน  
ค่ารักษาพยาบาลของผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ กรณีศูนย์การศึกษาพิเศษไม่มีตำแหน่ง  
รองผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ หรือมีแต่ยังไม่มีผู้ดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ  
ให้บุคคลที่ศูนย์การศึกษาพิเศษมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษรให้ทำหน้าที่เจ้าหน้าที่การเงิน  
ของศูนย์การศึกษาพิเศษซึ่งเป็นข้าราชการ เป็นผู้อนุมัติการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้อำนวยการ  
ศูนย์การศึกษาพิเศษ แทนเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2557



(นายอนันต์ จิระวุฒิ)

เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน



5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท  
 (.....) จำนวนเงินที่เบิกได้ตามสิทธิ  
 (.....) จำนวนเงินที่เป็นตัวอักษร ก

6. เสนอ..... ผอ.รร. (กรณี ผอ.รร. เป็นผู้ขอเบิก ให้เสนอ ผอ.สพป.ขอนแก่น เขต 3)

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรและข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง

บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว

คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ)..... ลายมือชื่อผู้ใช้สิทธิขอเบิก ผู้ขอรับสวัสดิการ  
 (.....)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)..... ลายมือชื่อผู้มีอำนาจอนุมัติ  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจอนุมัติ  
 - ผอ.รร. ลงนามอนุมัติ กรณีข้าราชการครูใน รร.  
 เป็นผู้ใช้สิทธิขอเบิก  
 - ผอ.สพป.ขอนแก่น เขต 3 ลงนามอนุมัติ กรณี ผอ.รร.  
 เป็นผู้ใช้สิทธิขอเบิก  
 คำสั่งมอบอำนาจที่ 565/2561 ลงวันที่ 9 มี.ค. 61

8. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท  
 (.....) จำนวนเงินที่มีสิทธิเบิกได้ ตามข้อ 5.  
 (.....) จำนวนเงินที่เป็นตัวอักษร .....) ว่างถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ลายมือชื่อผู้ใช้สิทธิขอเบิก ผู้รับเงิน  
 (.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

ก ให้ระบุงการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ข ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

**เอกสารประกอบการเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร**

1. ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร (แบบ 7223)
2. ใบเสร็จรับเงิน
3. ประกาศอัตราค่าการศึกษาของโรงเรียน / มหาวิทยาลัย
4. สำเนาบัตรข้าราชการ / สำเนาบัตรประชาชน (ผู้ขอเบิก)
5. สำเนาสูติบัตร / สำเนาทะเบียนบ้าน (บุตร)
6. สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว / ชื่อสกุล (ถ้ามี)
7. กรณีบิดาเป็นผู้เบิกให้แนบสำเนาทะเบียนสมรส หากไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้แนบสำเนาหนังสือรับรองบุตรแทน
8. กรณีคู่สมรสเป็นข้าราชการ ให้แนบสำเนาหนังสือตอบรับการใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการการศึกษาบุตร
9. กรณีหย่าร้าง ให้แนบสำเนาทะเบียนหย่าแทน

| สถานศึกษาของทางรัฐ |                     |                   |
|--------------------|---------------------|-------------------|
| ระดับ              | ปีการศึกษาละไม่เกิน | ภาคเรียนละไม่เกิน |
| อนุบาล             | 5,800.00            | 2,900.00          |
| ประถมศึกษา         | 4,000.00            | 2,000.00          |
| มัธยมศึกษาตอนต้น   | 4,800.00            | 2,400.00          |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย  | 4,800.00            | 2,400.00          |
| อนุปริญญา          | 13,700.00           | 6,850.00          |
| ปริญญาตรี          | 25,000.00           | 12,500.00         |

| ระดับ             | สถานศึกษาของเอกชน   |                   |                   |                   |
|-------------------|---|-------------------|-------------------|-------------------|
|                   | รับเงินอุดหนุน  | ภาคเรียนละไม่เกิน | ไม่รับเงินอุดหนุน | ภาคเรียนละไม่เกิน |
| อนุบาล            | 4,800.00  | 2,400.00          | 13,600.00         | 6,800.00          |
| ประถมศึกษา        | 4,200.00  | 2,100.00          | 13,200.00         | 6,600.00          |
| มัธยมศึกษาตอนต้น  | 3,300.00  | 1,650.00          | 15,800.00         | 7,900.00          |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 3,200.00  | 1,600.00          | 16,200.00         | 8,100.00          |
| อนุปริญญา         | ปวส. , ปวช. เบิกตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด (ขึ้นอยู่กับสาขาที่เรียน)            |                   |                   |                   |
| ปริญญาตรี         | ป.ตรี เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงตามอัตราที่ประกาศ / 2 ไม่เกิน ปีการศึกษาละ 25,000 บาท |                   |                   |                   |

อ้างอิง : หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ ๓๓๓ ที่ กค ๐๔๒๒.๓/ว ๒๕๗ ลว. ๒๘ มิ.ย. ๕๙

หนังสือกรมบัญชีกลาง ส่วนที่ ๓๓๓ ที่ กค ๐๔๐๘.๕/ว ๒๒ ลว. ๑๒ ม.ค. ๕๙



คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน  
ที่ 565/2561  
เรื่อง มอบอำนาจอนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ด้วย กระทรวงการคลัง ได้ปรับปรุงระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบันและคล่องตัวในทางปฏิบัติยิ่งขึ้น รวมทั้งสอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร พ.ศ. 2523 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2554

ดังนั้น เพื่อให้การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรของหน่วยงานในสังกัดเป็นไปอย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร พ.ศ. 2560 จึงยกเลิกคำสั่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ 305/2557 เรื่อง มอบอำนาจอนุมัติการเบิกเงินค่าสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร สั่ง ณ วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2557 และให้ใช้คำสั่งฉบับนี้แทน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 45 (3) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2546 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกระทรวงศึกษาธิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 และข้อ 13 (3) แห่งระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร พ.ศ. 2560 เลขานุการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จึงมอบอำนาจอนุมัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร สำหรับข้าราชการและลูกจ้างประจำในสังกัดให้ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา หรือผู้อำนวยการโรงเรียน หรือผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ แล้วแต่กรณี ปฏิบัติราชการแทน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2561

(นายบุญรักษ์ ยอดเพชร)

เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน