

เตรียมพร้อม...เริ่มใช้สิทธิ 1 ต.ค.นี้

สำหรับผู้ผ่านคุณสมบัติโครงการฯ ปี 69 ประกาศผล 30 กันยายน 2569



ช่องทางการยืนยันตัวตน หรือ e-KYC



หน่วยรับลงทะเบียน 4 ธนาคาร

ถึง 14 ต.ค. 69



ในเวลาทำการธนาคาร

แอปฯ เป๋าตัง และ ธ.กรุงไทย

ถึง 12 ม.ค. 70



06.00 - 23.00 น.

เวลาทำการธนาคาร

การตรวจสอบสถานะการยืนยันตัวตน หรือ e-KYC

ตรวจได้ทันทีหน้าสาขานาการ ✓✓✓



สำหรับผู้ที่ยืนยันตัวตนที่ธนาคาร
แนะนำ! ให้รอตรวจสอบผลกับเจ้าหน้าที่
หน้าสาขาให้เรียบร้อย ก่อนกลับบ้าน

ตรวจได้ในวันถัดไป ✓✓✓



ผู้ที่ยืนยันตัวตนที่ธนาคาร/เป๋าตัง สามารถติดตามผลการยืนยันตัวตน
หลังดำเนินการได้ในวันถัดไป ผ่าน 2 ช่องทาง

1. เว็บไซต์โครงการฯ <https://บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ.mof.go.th>
2. ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โทร. 0 2109 2345
3. เคาเตอร์ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา

ข้อควรรู้...ก่อนเริ่มใช้สิทธิ



เริ่มใช้สิทธิพร้อมกัน 1 ตุลาคมนี้ โดยต้องมีสถานะการยืนยันตัวตนเรียบร้อยแล้วจึงจะเริ่มใช้สิทธิได้

อย่าช้า!! ...ไม่มีการทบทวนสิทธิย้อนหลัง หากดำเนินการเลยรอบเดือน

ข้อมูล ณ วันที่ 28 กันยายน 2569

สอบถาม ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โทร. 0 2109 2345 ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.30 - 17.30 น. เว้นวันหยุดราชการ

ผู้ได้รับสิทธิฯ ที่ไม่สามารถใช้สิทธิได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจ ให้ผู้อื่นยืนยันตัวตนและใช้สิทธิแทนได้ที่หน่วยรับลงทะเบียน



เอกสารการมอบอำนาจสำหรับกรณีให้ยืนยันตัวตน (e-KYC) และใช้สิทธิแทน

สำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุหรือผู้ไม่สามารถเดินทางมาลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง



หนังสือมอบอำนาจ
(ดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์โครงการฯ)



**บัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง**
(ผู้มอบอำนาจ)



**บัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง**
(ผู้รับมอบอำนาจ)



**สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี)
หรือ ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)**

รายละเอียดใบรับมอบอำนาจ สำหรับยื่นที่หน่วยรับลงทะเบียน

1. กรุณาเขียนให้ชัดเจน และระบุข้อความให้ครบถ้วน
2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ลงทะเบียน (ผู้มอบอำนาจ) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) หรือ ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

ขั้นตอนการยืนยันตัวตน (e-KYC)



กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นใช้สิทธิแทน

ผ่านหน่วยรับลงทะเบียน 5 ธนาคาร



ธนาคารกรุงไทย

17 ก.ค. 69 - 12 ม.ค. 70

ในเวลาทำการธนาคาร



ธนาคารอื่น ๆ

17 ก.ค. - 14 ต.ค. 69

ในเวลาทำการธนาคาร

เตรียมเอกสารดังนี้

1. หนังสือมอบอำนาจ (ดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์โครงการฯ)
2. บัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (ผู้มอบอำนาจ)
3. บัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (ผู้รับมอบอำนาจ)
4. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) หรือ ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)



<https://บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ.mof.go.th>

<https://welfare.mof.go.th/>

รายละเอียดและรายการใหม่ต้องยืนยันตัวตนใหม่ทุกราย

1

นำบัตรประจำตัวประชาชน
ยื่นให้เจ้าหน้าที่ธนาคาร



2

ผู้ยืนยันอ่านคำรับรอง
และกด "รับทราบและรับรอง"



3

ผู้ยืนยัน อ่านความยินยอม
และกด "ยินยอม"



4

เสียบบัตรประจำตัว
ประชาชนผู้ได้รับสิทธิ
(ผู้มอบอำนาจ)



5

ผู้ยืนยันกำหนด
รหัส 6 หลัก (PIN)



6

กดยืนยันรหัส
6 หลัก (PIN) อีกครั้ง



7

สแกนบัตรประจำตัวประชาชน
ผู้ได้รับสิทธิ (ผู้มอบอำนาจ)



8

เลือก "เหตุผลการ
มอบอำนาจ" และกดตกลง



9

แบบรูปเอกสาร
การมอบอำนาจและกดตกลง



10

สแกนใบหน้า
ผู้รับมอบอำนาจ



11

สแกนบัตรประจำตัว
ประชาชนผู้รับมอบอำนาจ



12

ระบบแสดงการ
ยืนยันตัวตนเรียบร้อยแล้ว



สอบถาม ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โทร. 0-2109-2345 ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08:30 - 17:30 น. เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์

ขั้นตอนการยืนยันตัวตน (e-KYC) ผู้ได้รับสิทธิ رایใหม่



ช่องทางที่ 2 ผ่านหน่วยรับลงทะเบียน 5 ธนาคาร



ธนาคารกรุงไทย

17 ก.ค. 69 - 12 ม.ค. 70

ในเวลาทำการธนาคาร



ธนาคารอื่น ๆ

17 ก.ค. - 14 ต.ค. 69

ในเวลาทำการธนาคาร

1

นำบัตรประจำตัวประชาชน
ยื่นให้เจ้าหน้าที่ธนาคาร



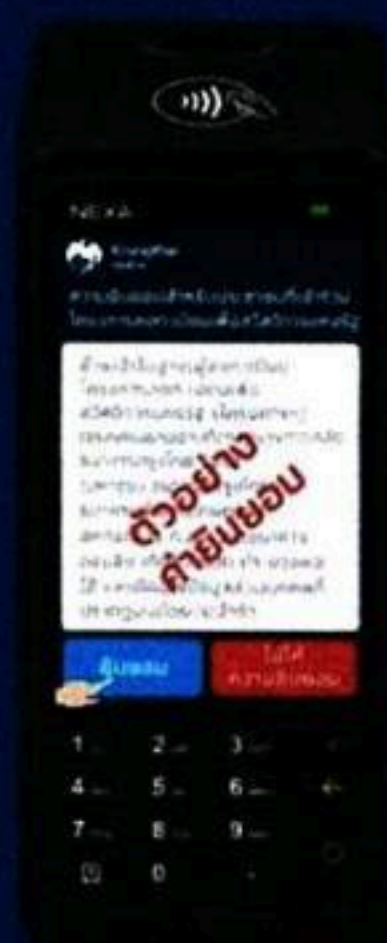
2

ผู้ยืนยันอ่านคำรับรอง
และกด "รับทราบและรับรอง"



3

ผู้ยืนยัน อ่านความยินยอม
และกด "ยินยอม"



4

เสียบบัตร
ประจำตัวประชาชน



5

ผู้ยืนยันกำหนด
รหัส 6 หลัก (PIN)



6

กดยืนยันรหัส
6 หลัก (PIN) อีกครั้ง



7

สแกนใบหน้า



8

เจ้าหน้าที่สแกนบัตร
ประจำตัวประชาชน



9

ระบบแสดงการยืนยัน
ตัวตนเรียบร้อยแล้ว



สอบถาม ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โทร. 0-2109-2345
ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08:30 - 17:30 น. เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์

ขั้นตอนเปิดใช้สิทธิ ผ่านแอปฯ เป๋าตัง

กรณีผู้มีบัตรรายเดิมที่ผ่านเกณฑ์

ได้ตั้งแต่วันที่ **17 ก.ค. 69** เป็นต้นไป เวลา 06.00 - 23.00 น. ของทุกวัน

1 กด "ตรวจสอบผล" ที่ Banner โครงการ



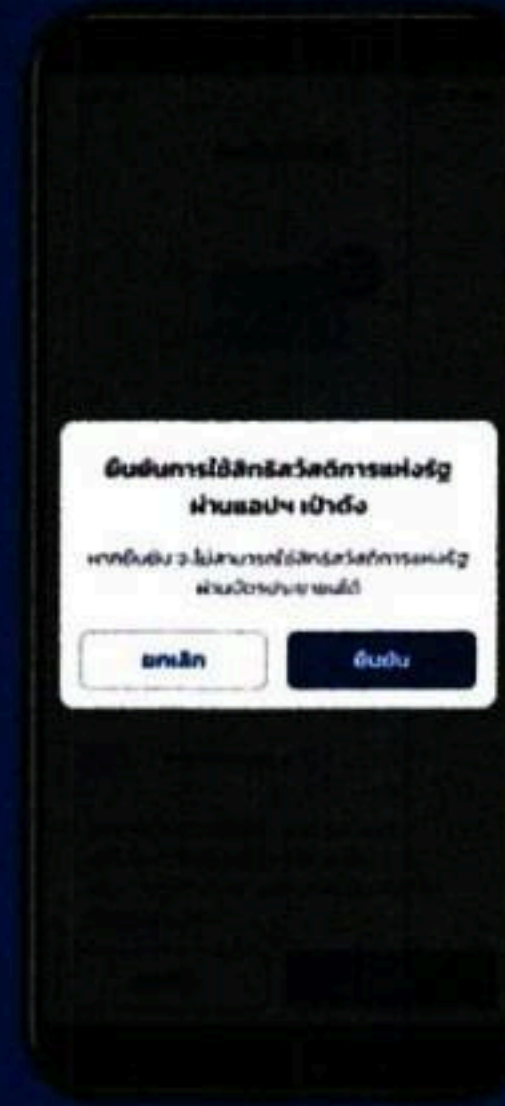
2 กด "ยืนยันใช้สิทธิผ่านแอปฯ เป๋าตัง"



3 กด "ยืนยัน" เพื่อยืนยันผูกบัตร



4 กด "ยืนยัน" เพื่อยืนยันใช้สิทธิผ่านแอปฯ เป๋าตัง



5 สแกนใบหน้า



6 ยืนยันตัวตนเรียบร้อย



สอบถาม ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โทร. 0-2109-2345 ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08.30 - 17.30 น. เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์

ขั้นตอนการยืนยันตัวตน (e-KYC)

กรณีผู้ผ่านเกณฑ์รายใหม่ ต้องดำเนินการยืนยันตัวตนทุกราย



ช่องทางที่ 1



ผ่านแอปฯ เป๋าตัง

ตั้งแต่วันที่ 17 ก.ค. 69 - 12 ม.ค. 70 เวลา 06.00 - 23.00 น.

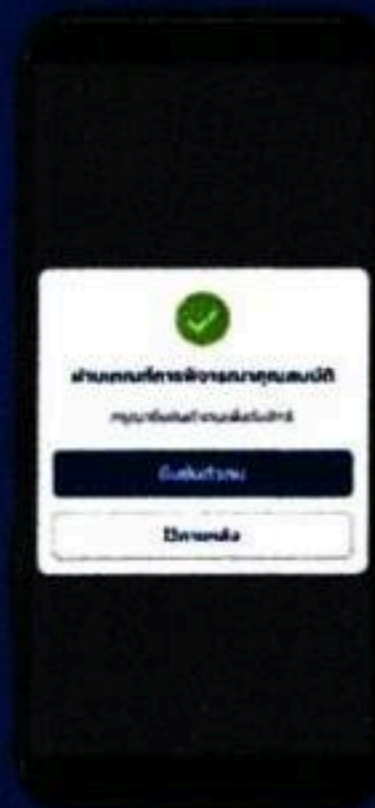
1

กด "ตรวจสอบผล" ที่ Banner โครงการ



2

กด "ยืนยัน" เพื่อเริ่มใช้สิทธิบนแอปฯ เป๋าตัง



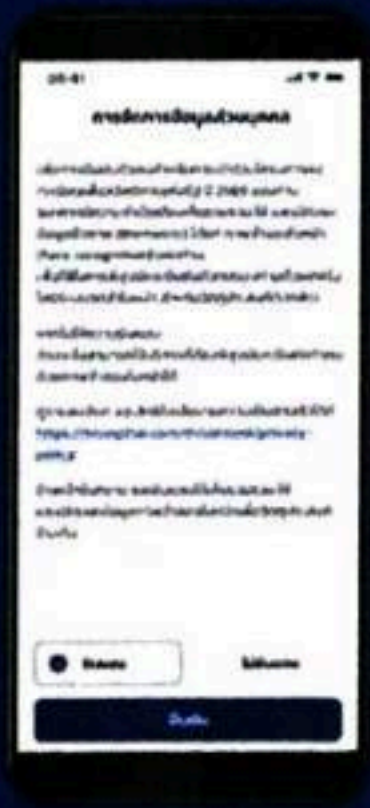
3

ยืนยันใช้สิทธิบนแอปฯ เป๋าตัง



4

ให้ความยินยอม Consent โครงการฯ



5

ยืนยันตัวตน ที่จุดบริการ



6

สแกนใบหน้า



7

ยืนยันตัวตนเรียบร้อย

ก่อนวันเริ่มใช้สิทธิ

วันเริ่มใช้สิทธิ เป็นต้นไป



สอบถาม ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โทร. 0-2109-2345 ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08.30 - 17.30 น. เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น / หรือบัญชีบุคคลอื่น
สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(เฉพาะกรณี ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๖๐ ปี ขึ้นไป
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 หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อกได้ □□□-□□□-□□□□
เป็นผู้ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ

☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง

☐ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๖๐ ปี ขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้า ผ่านบัญชีธนาคาร

เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□□-□ ซึ่งเป็น

☐ บัญชีร่วมของข้าพเจ้า กับ

☐ บัญชีของ

(นาย/นาง/นางสาว) เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
อายุ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) □□/□□/□□□□ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อกได้ □□□-□□□-□□□□ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า
ในฐานะ ☐ บิดา ☐ บุตร
☐ มารดา ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้ถือบัญชีร่วม หรือผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน
แทนข้าพเจ้า จะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ
หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ ผู้ถือบัญชีร่วม/ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ

๓. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
๒. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของ ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และ/หรือ ผู้ถือบัญชีร่วม และ/หรือ ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน (แล้วแต่กรณี)
พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
๓. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ กับผู้ถือบัญชีร่วม และ/หรือ ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน
เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
๔. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ สะสมทรัพย์ เพื่อเรียก กระแสรายวัน ที่จะรับเงินสวัสดิการ หรือของผู้รับเงินสวัสดิการแทน
(ยกเว้นบัญชีเงินฝากประเภทเงินฝากประจำ ออมทรัพย์พิเศษ บัญชีที่มีเงื่อนไข) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
๕. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ
ที่ไม่สามารถเดินทางมายืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

อายุ.....ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้

ได้มอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)

อายุ.....ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้

เป็นผู้มีอำนาจจัดการในการยืนยันตัวตนโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้า
ได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ 1. เขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

2. ยืนยันบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของ
ผู้มอบอำนาจ (ผู้มอบอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบ
อำนาจ (ผู้รับมอบอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) โดยขีดคร่อมด้วยข้อความว่า “ใช้สำหรับการยืนยันตัวตน
เพื่อใช้สิทธิสวัสดิการแห่งรัฐเท่านั้น”

3. แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี) หรือเอกสารอื่นใดที่เกี่ยวข้อง