

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) ประจำปี .....

เขียนที่ .....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ.....

เลขที่บัตรประชาชน  สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

๑.๒ นิตินุคคล.....

โดย (๑) .....เลขที่บัตรประชาชน

และ (๒) .....เลขที่บัตรประชาชน

เป็นนิตินุคคลประเภท.....จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน.....

๑.๓ มี  บ้าน  สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

เป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....เตียง

๒. ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ตามใบอนุญาตที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ณ สถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี.....

จำนวน.....บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

สมุดทะเบียนสถานพยาบาล  รายงานประจำปี (ส.พ.๒๔)

อื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ.....\*คูสรุปรายการเอกสารที่ต้องยื่นทั้งหมดด้านหลังคำขอ\*

(ลายมือชื่อ) .....ผู้รับอนุญาต  
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน  
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่...../เลขที่.....

จำนวนเงิน.....บาท วันที่...../...../.....

ต่ออายุใบดำเนินการ.....บาท

ลงชื่อ .....ผู้มอบเอกสารและลงรายการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุญาต

ข้าพเจ้าได้รับ

ส.พ.๔ เลขที่.....

สมุดทะเบียน คั้นแล้ว

ใบอนุญาตดำเนินการ คั้นแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน

(.....) (ตัวบรรจง)

วันที่...../...../.....

รายการเอกสารหลักฐานในการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

- ค่าขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- กรณีบุคคลธรรมดา สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล) / กรณีนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล สำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจลงนาม และประทับตราสำคัญของบริษัทตามเงื่อนไข
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (เล่มสีน้ำเงิน)
- แบบรายงานประจำปี (แบบ ส.พ. ๒๔)
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจพร้อมติดอากรแสตมป์  
(ในการมอบอำนาจให้ระบุงสิ่งที่ต้องการให้ผู้รับมอบฯ กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร การรับสมุดทะเบียน/ใบอนุญาต และ รับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)
- เซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในสำเนาเอกสารโดยเจ้าของเอกสารทุกฉบับ
- ค่าธรรมเนียมคิดตามจำนวนเตียงดังตาราง (จ่ายเป็น “เงินสด” หรือ “แคชเชียร์เช็ค” สั่งจ่ายในนาม “กระทรวงการคลัง ผ่านสำนักงานคลังจังหวัดสมุทรปราการ”)

ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(ก) ๑ - ๑๐ เตียง	ปีละ ๕๐๐ บาท
(ข) ๑๑- ๒๕ เตียง	ปีละ ๑,๒๕๐ บาท
(ค) ๒๖- ๕๐ เตียง	ปีละ ๒,๕๐๐ บาท
(ง) ๕๑-๑๐๐ เตียง	ปีละ ๕,๐๐๐ บาท
(จ) ๑๐๑ เตียงขึ้นไป	ปีละ ๕,๐๐๐ บาท และ ให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นสำหรับที่เกิน ๑๐๐ เตียงอีกเตียงละ ๕๐ บาท แต่ทั้งนี้ เมื่อรวมค่าธรรมเนียมที่คิดเพิ่มขึ้นแล้วไม่เกินปีละ ๑๐,๐๐๐ บาท

ตัวอย่างตามตาราง

จำนวนเตียง	อัตราค่าธรรมเนียม(บาท)
๑๐๑	๕,๐๕๐
๑๒๐	๖,๐๐๐
๑๓๔	๖,๗๐๐
๑๔๐	๗,๐๐๐
๒๐๐ เตียงขึ้นไป	๑๐,๐๐๐