



## สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

ส่วนของผู้ชำระเงิน

แบบฟอร์มใบแจ้งการชำระเงินสมทบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น

สำนักงานกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น (ก.บ.ท.)

วันที่ .....

สาขา .....

Company Code: 9881

ชื่อ อปท. .... อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสหน่วยงาน (Ref.No.1)

ประเภทการส่งเงินสมทบ (ก.บ.ท.)   กรุณาระบุประเภทการชำระเงินในช่อง

01 เงินสมทบประจำปีงบประมาณ 05 เงินสมทบเหลือจ่ายจากเงินบำนาญปกติฯ

02 เงินสมทบประจำปีงบประมาณ งบเฉพาะการ 06 คืนเงินบำเหน็จปกติพร้อมดอกเบี้ย

03 เงินสมทบประจำปีงบประมาณ งบเพิ่มเติม 07 คืนเงินดอกเบี้ยส่วนที่ขาด

04 ส่วนที่ขาดประจำปีงบประมาณ 08 เงินสมทบเหลือจ่ายจากเงินบำนาญปกติฯ ส่วนที่ขาด

จำนวนเงิน (ตัวเลข) .....บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (.....)

ชื่อลูกค้า (ชื่อ อปท.) ..... ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....

ID Line : .....

ใช้ชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น (ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม)

เจ้าหน้าที่ธนาคาร (ประทับตรา)

แบบฟอร์มใบแจ้งการชำระเงินสมทบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่นผ่านธนาคาร

สำนักงานกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น (ก.บ.ท.)



Company Code: 9881

ส่วนของธนาคาร

ชื่อ อปท. .... อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสหน่วยงาน (Ref.No.1)

ประเภทการส่งเงินสมทบ (ก.บ.ท.) (Ref.No.2) :   กรุณาระบุประเภทการชำระเงินในช่อง

|   |                        |                        |             |          |
|---|------------------------|------------------------|-------------|----------|
| <input type="checkbox"/> เลขที่เช็ค /Cheque No. | เช็คลงวันที่ / Date    | ชื่อธนาคาร / Bank Name | สาขา/Branch | บาท/Baht |
| <input type="checkbox"/> เงินโอน/A/C Transfer   | เลขที่บัญชี /A/C No.   |                        |             |          |
| จำนวนเงิน (ตัวเลข)                              |                        |                        |             | บาท      |
| จำนวนเงิน (ตัวอักษร)                            |                        |                        |             | บาท      |
| ชื่อลูกค้า (ชื่อ อปท.) .....                    | ชื่อผู้ประสานงาน ..... | เบอร์โทร .....         |             |          |

ใช้ชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น (ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม)

กรุณากรอกเอกสารให้ครบถ้วน และติดต่อชำระเงินได้ที่ บมจ. ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขา



# สำหรับเทศบาล/เมืองพัทยา

ส่วนของผู้ชำระเงิน

แบบฟอร์มใบแจ้งการชำระเงินสมทบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น  
สำนักงานกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น (ก.บ.ท.)

วันที่ .....

สาขา .....

Company Code: 9882

ชื่อ อปท. .... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสหน่วยงาน (Ref.No.1)

ประเภทการส่งเงินสมทบ (ก.บ.ท.)   กรุณาระบุประเภทการชำระเงินในช่อง

01 เงินสมทบประจำปีงบประมาณ 05 เงินสมทบเหลือจ่ายจากเงินบำนาญปกติฯ

02 เงินสมทบประจำปีงบประมาณ งบเฉพาะการ 06 คืนเงินบำเหน็จปกติพร้อมดอกเบี้ย

03 เงินสมทบประจำปีงบประมาณ งบเพิ่มเติม 07 คืนเงินดอกเบี้ยส่วนที่ขาด

04 ส่วนที่ขาดประจำปีงบประมาณ 08 เงินสมทบเหลือจ่ายจากเงินบำนาญปกติฯ ส่วนที่ขาด

จำนวนเงิน (ตัวเลข) .....บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (.....)

ชื่อลูกค้า (ชื่อ อปท.) ..... ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....

ID Line : .....

ใช้ชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น (ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม)

เจ้าหน้าที่ธนาคาร (ประทับตรา)

แบบฟอร์มใบแจ้งการชำระเงินสมทบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่นผ่านธนาคาร  
สำนักงานกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น (ก.บ.ท.)



Company Code: 9882

ส่วนของธนาคาร

ชื่อ อปท. .... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสหน่วยงาน (Ref.No.1)

ประเภทการส่งเงินสมทบ (ก.บ.ท.) (Ref.No.2) :   กรุณาระบุประเภทการชำระเงินในช่อง

|   |                                       |                        |             |          |
|---|---------------------------------------|------------------------|-------------|----------|
| <input type="checkbox"/> เลขที่เช็ค /Cheque No. | เช็คลงวันที่ / Date                   | ชื่อธนาคาร / Bank Name | สาขา/Branch | บาท/Baht |
| <input type="checkbox"/> เงินโอน/A/C Transfer   | เลขที่บัญชี /A/C No.                  |                        |             |          |
| จำนวนเงิน (ตัวเลข)                              |                                       |                        |             | บาท      |
| จำนวนเงิน (ตัวอักษร)                            |                                       |                        |             | บาท      |
| ชื่อลูกค้า (ชื่อ อปท.) .....                    | ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร ..... |                        |             |          |

ใช้ชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น (ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม)

กรุณากรอกเอกสารให้ครบถ้วน และติดต่อชำระเงินได้ที่ บมจ. ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขา



# สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

ส่วนของผู้ชำระเงิน

แบบฟอร์มใบแจ้งการชำระเงินสมทบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น  
สำนักงานกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น (ก.บ.ท.)

Company Code: 9883

วันที่ .....

สาขา .....

ชื่อ อบท. .... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสหน่วยงาน (Ref.No.1)

ประเภทการส่งเงินสมทบ (ก.บ.ท.)  กรุณาระบุประเภทการชำระเงินในช่อง

- 01 เงินสมทบประจำปีงบประมาณ
- 02 เงินสมทบประจำปีงบประมาณ งบเฉพาะการ
- 03 เงินสมทบประจำปีงบประมาณ งบเพิ่มเติม
- 04 ส่วนที่ขาดประจำปีงบประมาณ
- 05 เงินสมทบเหลือจ่ายจากเงินบำนาญปกติฯ
- 06 คืนเงินบำเหน็จปกติพร้อมดอกเบี้ย
- 07 คืนเงินดอกเบี้ยส่วนที่ขาด
- 08 เงินสมทบเหลือจ่ายจากเงินบำนาญปกติฯ ส่วนที่ขาด

จำนวนเงิน (ตัวเลข) .....บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (.....)

ชื่อลูกค้า (ชื่อ อบท.) ..... ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....

ID Line : .....

ใช้ชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น (ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม)

เจ้าหน้าที่ธนาคาร (ประทับตรา)

แบบฟอร์มใบแจ้งการชำระเงินสมทบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่นผ่านธนาคาร  
สำนักงานกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น (ก.บ.ท.)



Company Code: 9883

ส่วนของธนาคาร

ชื่อ อบท. .... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสหน่วยงาน (Ref.No.1)

ประเภทการส่งเงินสมทบ (ก.บ.ท.) (Ref.No.2) :  กรุณาระบุประเภทการชำระเงินในช่อง

|   |                      |                                       |             |          |
|---|----------------------|---------------------------------------|-------------|----------|
| <input type="checkbox"/> เลขที่เช็ค /Cheque No. | เช็คลงวันที่ / Date  | ชื่อธนาคาร / Bank Name                | สาขา/Branch | บาท/Baht |
| <input type="checkbox"/> เงินโอน/A/C Transfer   | เลขที่บัญชี /A/C No. |                                       |             |          |
| จำนวนเงิน (ตัวเลข)                              |                      |                                       |             | บาท      |
| จำนวนเงิน (ตัวอักษร)                            |                      |                                       |             | บาท      |
| ชื่อลูกค้า (ชื่อ อบท.) .....                    |                      | ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร ..... |             |          |

ใช้ชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น (ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียม)

กรุณากรอกเอกสารให้ครบถ้วน และติดต่อชำระเงินได้ที่ บมจ. ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขา

แบบฟอร์มสำหรับปิดหลักฐานการนำส่งเงินสมทบ ก.บ.ท.

ปิดสำเนาใบแจ้งการชำระเงิน  
(ส่วนของผู้ชำระเงิน)

ปิดสำเนาใบรับชำระค่าสาธารณูปโภคและค่าบริการ  
(ธนาคารกรุงไทยออกให้ อปท.)

หมายเหตุ : ส่งให้ ก.บ.ท. ภายในวันที่นำส่งเช็คหรือตราพดด้ผ่านธนาคาร พร้อมหนังสือรายงานการนำส่งเงินของหน่วยงาน  
โดยนำส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : [income1403@gmail.com](mailto:income1403@gmail.com) หรือโทรสารหมายเลข ๐ ๒๒๔๑ ๘๕๑๐  
หรือทางแอปพลิเคชันไลน์ตาม OR CODE ที่กำหนด (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔)

แบบฟอร์มแสดงรายการหักจ่ายบำเหน็จบำนาญผู้รับบำนาญรายเก่า

ชื่อ อปท.....อำเภอ.....จังหวัด.....

| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุล | ประเภท<br>(ตำแหน่ง) | รายการหัก/ต่อเดือน |  |            | รวมรายจ่ายตลอดปี | หมายเหตุ |
|----------|-------------|---------------------|--------------------|--|------------|------------------|----------|
|          |             |                     | บำนาญปกติ          | เงินเพิ่มจาก<br>เงินบำนาญปกติ<br>ร้อยละ ๒๕ | บำนาญพิเศษ |                  |          |
|          |             |                     |                    |  |            |                  |          |
|          |             |                     |                    |  |            |                  |          |
|          |             |                     |                    |  |            |                  |          |
|          |             |                     |                    |  |            |                  |          |
|          |             |                     |                    |  |            |                  |          |
|          |             |                     |                    |  |            |                  |          |
|          |             |                     |                    |  |            |                  |          |
|          | รวม         |                     |                    |  |            |                  |          |

(ลงชื่อ)

หัวหน้าหน่วยงานคลัง

(.....)

วันที่.....

แบบฟอร์มแสดงรายการหักจ่ายบำเหน็จบำนาญผู้รับบำเหน็จบำนาญรายใหม่ (ที่มีคำสั่งจ่ายในปีงบประมาณ)

ชื่อ อปท.....อำเภอ.....จังหวัด.....

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | ประเภท<br>(ตำแหน่ง) | รายการหักไว้จ่ายของ อปท. |  |                              |                 |                  |                    |                   | รวมรายจ่าย<br>ตลอดปี | ระบุเลขที่คำสั่ง/<br>วคป |
|-------|-------------|---------------------|--------------------------|--|------------------------------|-----------------|------------------|--------------------|-------------------|----------------------|--------------------------|
|       |             |                     | บำนาญปกติ<br>(รายเดือน)  | เงินเพิ่ม<br>จากเงิน<br>บำนาญปกติ<br>ร้อยละ ๒๕<br>(รายเดือน) | บำนาญ<br>พิเศษ<br>(รายเดือน) | บำเหน็จ<br>ปกติ | บำเหน็จ<br>ตกทอด | บำเหน็จ<br>ดำรงชีพ | เงินช่วย<br>พิเศษ |                      |                          |
|       |             |                     |                          |  |                              |                 |                  |                    |                   |                      |                          |
|       |             |                     |                          |  |                              |                 |                  |                    |                   |                      |                          |
|       |             |                     |                          |  |                              |                 |                  |                    |                   |                      |                          |
|       |             |                     |                          |  |                              |                 |                  |                    |                   |                      |                          |
|       | รวม         |                     |                          |  |                              |                 |                  |                    |                   |                      |                          |

(ลงชื่อ)

หัวหน้าหน่วยงานคลัง

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : รายใหม่ให้แนบสำเนาคำสั่งจ่ายด้วย