

อุทธรณ์คำวินิจฉัยคณะกรรมการฯ  
ของผู้เสียหายในคดีอาญา

เลขที่รับ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขออุทธรณ์คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนผู้เสียหาย และค่าทดแทนและ  
ค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา

เรียน คณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนผู้เสียหาย และค่าทดแทนและค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา

ข้าพเจ้า.....ผู้ยื่นอุทธรณ์

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อาชีพ.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... อายุ.....ปี

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

ขอยื่นอุทธรณ์คำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนผู้เสียหาย และค่าทดแทน  
และค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา ต่อคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนผู้เสียหาย และค่าทดแทน  
และค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา

กรณี (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....ผู้เสียหาย

ซึ่งได้รับความเสียหายในคดีอาญา ความผิดฐาน.....

โดยคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนผู้เสียหาย และค่าทดแทนและค่าใช้จ่าย  
แก่จำเลยในคดีอาญา.....ในการประชุมครั้งที่.....

เมื่อวันที่.....เลขคำวินิจฉัยที่.....

ให้จ่ายค่าตอบแทน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ให้งดจ่ายค่าตอบแทน

ให้ยกคำขอ

เนื่องจาก.....

ได้รับคำวินิจฉัยวันที่.....

ซึ่งข้าพเจ้าไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยดังกล่าว จึงขอยื่นอุทธรณ์คัดค้านคำวินิจฉัยตามมาตรา ๒๕  
แห่งพระราชบัญญัติค่าตอบแทนผู้เสียหาย และค่าทดแทนและค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา พ.ศ.๒๕๔๔  
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ โดยมีข้อโต้แย้งตามที่จะกล่าวต่อไปนี้





.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ด้วยเหตุผลที่ได้เรียนต่อคณะกรรมการดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ขอคณะกรรมการ  
ได้พิจารณากลับหรือแก้คำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการ ให้จ่ายค่าตอบแทนผู้เสียหายในคดีอาญา  
ตามคำขอของข้าพเจ้าด้วยเพื่อประโยชน์แห่งความยุติธรรม ขอคณะกรรมการได้โปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นอุทธรณ์  
(.....)

คำร้องฉบับนี้.....เป็นผู้เขียน/พิมพ์

ลงชื่อ.....เป็นผู้เขียน/พิมพ์  
(.....)

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับอุทธรณ์  
(.....)  
วันที่...../...../.....

**เอกสารที่แนบมาพร้อมนี้**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> คำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการ                | <input type="checkbox"/> ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล/ค่าฟื้นฟู (ถ้ามี) |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตร.....        | <input type="checkbox"/> รายงานความเห็นแพทย์ (ถ้ามี)             |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน                          | <input type="checkbox"/> รายงานชั้นสูตรพลิกศพ (ถ้ามี)            |
| <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ                           | <input type="checkbox"/> สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)          |
| <input type="checkbox"/> รายงานคดีของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ถ้ามี) | <input type="checkbox"/> สำเนามรณะบัตร (ถ้ามี)                   |
| <input type="checkbox"/> รายงานความเห็นของพนักงานอัยการ (ถ้ามี)    | <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                              |
| <input type="checkbox"/> สำเนาคำพิพากษา (ถ้ามี)                    |  |