



บสศ. 1/15-02-2564

### แบบคำขอรับเงินทุนสวัสดิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรสงคราม จำกัด

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วย..... มีความประสงค์ขอรับเงินทุนสวัสดิการ ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสมุทรสงคราม จำกัด ว่าด้วย การใช้ทุนสวัสดิการ พ.ศ..... ดังนี้

- จำนวน 30,000.- (กรณีสมาชิกเสียชีวิต) และอีก.....บาท (.....ปี x 2,000.-)
  - จำนวน 20,000.-บาท (กรณีสมาชิกสมทบเสียชีวิต) และอีก.....บาท (.....ปี x 1,000.-)
  - จำนวน 10,000.-บาท คู่สมรสของสมาชิก (กรณีไม่ได้เป็นสมาชิก)
  - จำนวน 5,000.- บุตร หรือบิดา หรือมารดาของสมาชิก (กรณีไม่ได้เป็นสมาชิก)
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

เนื่องจาก (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.).....

- สมาชิก/สมาชิกสมทบ เลขทะเบียนสมาชิกที่.....
- สามี/ภรรยาของสมาชิก ชื่อ..... เลขทะเบียนสมาชิก.....
- บิดา/มารดา/บุตรของสมาชิก ชื่อ..... เลขทะเบียนสมาชิก.....
- เสียชีวิต  ประสบอุบัติเหตุ (เฉพาะสมาชิก) เมื่อวันที่.....

ได้ พร้อมหนังสือฉบับข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานตามระเบียบฯ มาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

#### เอกสารประกอบการยื่นขอรับทุนสวัสดิการ

1. สำเนาบัตรประชาชน/ข้าราชการ ผู้ขอรับทุนสวัสดิการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ขอรับทุนสวัสดิการ
3. สำเนาบัตรประชาชน ผู้เสียชีวิตหรือผู้ประสบอุบัติเหตุ
4. สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้เสียชีวิต(ปัมตาย)หรือผู้ประสบอุบัติเหตุ
5. สำเนาใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต)
6. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรสเสียชีวิต)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

ข้าพเจ้า...

ข้าพเจ้าผู้มีสิทธิ์รับเงินทุนสวัสดิการ ขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว).....  
ตำแหน่ง.....สังกัด.....ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....เป็นผู้รับเงินทุนสวัสดิการ ตามหนังสือที่  
แจ้งนี้แทนข้าพเจ้า

.....ผู้มอบอำนาจ

.....ผู้รับมอบอำนาจ

.....พยาน  
(.....)

.....พยาน  
(.....)

### การตรวจสอบของเจ้าหน้าที่

ถูกต้อง  ไม่ถูกต้อง.....ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขสมุทรสงคราม จำกัด ว่าด้วย ทุนสวัสดิการ พ.ศ..... หมวด.....ข้อ..... จำนวนเงินที่ควรได้รับ  
.....บาท (.....)

.....เจ้าหน้าที่  
(.....) วันที่...../...../.....

เห็นควร  อนุมัติ  ไม่อนุมัติ.....ผู้จัดการ  
(.....) วันที่...../...../.....

คำสั่ง  อนุมัติ  ไม่อนุมัติ.....ประธานกรรมการ  
(.....) วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้า.....ได้รับเงินทุนสวัสดิการ จำนวน  
.....บาท (.....)เป็นการถูกต้องแล้ว ณ วันที่  
.....

ประทับตราจ่ายเงินด้วยหมึกสีแดง

.....ผู้รับเงิน  
(.....)