



## แบบขอรับเงินสวัสดิการรับชดเชยทายาทใหม่

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข  
เชียงราย จำกัด เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....โทรศัพท์ (มือถือ).....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการรับชดเชยทายาทใหม่ชื่อ (เด็กชาย/เด็กหญิง).....  
ซึ่งเกิดเมื่อ.....และเป็นบุตรลำดับที่.....ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด  
ว่าด้วย “สวัสดิการรับชดเชยทายาทใหม่ พ.ศ. 2563” โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- ( ) สำเนาสูติบัตรของบุตร  
( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของ ผู้ขอรับเงิน  
( ) สำเนาน้ำสมุดบัญชีสหกรณ์/สมุดบัญชีธนาคาร สำหรับรับโอนเงิน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่าไม่มีสิทธิรับเงินสวัสดิการรับชดเชยทายาทใหม่สำหรับบุตรไม่เกิน 3 คน และเมื่อข้าพเจ้าได้รับเงินตาม  
สิทธินี้ครบตามจำนวนแล้วจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการรับชดเชยทายาทใหม่ (ถ้ามี) ในภายหลังกต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับรอง.....ผู้แทนสมาชิก/กรรมการดำเนินการ

(.....)

หน่วยงานหลัก.....

หมายเหตุ การขอรับเงินสวัสดิการรับชดเชยทายาทใหม่ต้องยื่นขอรับเงินภายในวันที่ 15 ธันวาคม ของปีที่คลอดบุตร หรือภายใน 1 ปี  
นับแต่วันที่คลอดบุตร เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ

โอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์/ธนาคาร โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงบน  พร้อมกับแนบสำเนาสมุดคู่ฝากบัญชีธนาคารหน้าแรกด้วย

สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ หมายเลขบัญชี.....

ธนาคารกรุงไทย จำกัด ประเภทออมทรัพย์ สาขา.....

หมายเลขบัญชี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

..... ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

(.....)