



แบบขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

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

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่ชื่อ (เด็กชาย/เด็กหญิง).....  
 ซึ่งเกิดเมื่อ.....และเป็นบุตรลำดับที่.....ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด  
 ว่าด้วย “สวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่ พ.ศ. 2558” โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- ( ) สำเนาสูติบัตรของบุตร
- ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้ขอรับเงิน
- ( ) สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้ขอรับเงิน
- ( ) สำเนาหน้าสมุดบัญชีสหกรณ์/สมุดบัญชีธนาคาร สำหรับรับโอนเงิน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่าไม่มีสิทธิรับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่สำหรับบุตรไม่เกิน 3 คน และเมื่อข้าพเจ้าได้รับเงิน  
 ตามสิทธินี้ครบตามจำนวนแล้วจะ ไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่ (ถ้ามี) ในภายหลังกต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....  
 (.....)

ผู้รับรอง.....ผู้แทนสมาชิก  
 (.....)  
 หน่วยงาน.....

ผู้รับรอง.....กรรมการดำเนินการ  
 (.....)  
 หน่วยงานหลัก.....

หมายเหตุ การขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่ต้องยื่นขอรับเงินภายในวันที่ 15 ธันวาคม ของปีที่คลอดบุตร หรือภายใน  
 1 ปี นับแต่วันที่คลอดบุตร เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ์

การรับเงิน (โปรดกาเครื่องหมาย  ลงบน  )

โอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

.....ผู้มอบอำนาจ .....ผู้รับมอบอำนาจ .....ผู้จ่ายเงิน  
 (.....) (.....) (.....)