



แบบขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพบิดา มารดา คู่สมรสและบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี

ส ก 9.

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการ

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข เชียงราย จำกัด เลขที่.....สังกัดหน่วยงาน.....โทรศัพท์ (มือถือ)..... มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพ(นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)..... โดยเป็น บิดา หรือ มารดา คู่สมรส หรือ บุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี ของข้าพเจ้าซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อ..... ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด ว่าด้วย “การสงเคราะห์ศพบิดา มารดา คู่สมรสและบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี พ.ศ. 2558” โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- () สำเนาใบมรณบัตรของผู้ถึงแก่กรรม
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถึงแก่กรรม หรือสำเนาสูติบัตรของบุตรที่ถึงแก่กรรม
- () สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่กรรม
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
- () สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน
- () สำเนาหน้าสมุดบัญชีสหกรณ์/สมุดบัญชีธนาคาร สำหรับรับโอนเงิน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบว่ามีสิทธิรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพบิดา มารดา และบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี จำนวน 5,000.- บาท ต่อศพ รวมกับระยะเวลาการเป็นสมาชิกสหกรณ์ของข้าพเจ้านับเป็นปีอีกปีละ 200.- บาท แต่รวมเงินสวัสดิการแล้ว ไม่เกินศพละ 10,000.- บาท โดยขอรับรองว่าบิดา หรือมารดา หรือบุตรที่ถึงแก่กรรมดังกล่าวมิได้เป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ แต่อย่างใด

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับรอง.....ผู้แทนสมาชิก

(.....)

ผู้รับรอง.....กรรมการดำเนินการ

(.....)

หน่วยงาน.....

หน่วยงานหลัก.....

หมายเหตุ การขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี ต้องยื่นขอรับเงินภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ถึงแก่กรรม เมื่อพ้นกำหนดนี้แล้วเป็นอันหมดสิทธิ์

การรับเงิน (โปรดกาเครื่องหมาย ลงบน)

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

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

ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

.....ผู้รับเงิน

(.....)

.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)