



แบบขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพบิดา มารดา คู่สมรสและบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี

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  มารดา  คู่สมรส  บุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี ของข้าพเจ้าซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....  
ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย จำกัด ว่าด้วย “การสงเคราะห์ศพบิดา มารดา คู่สมรสและบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี  
พ.ศ. 2567” โดยได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- ( ) สำเนาใบมรณะบัตรของผู้ถึงแก่กรรม
- ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงิน
- ( ) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน
- ( ) สำเนาหน้าสมุดบัญชีสหกรณ์สำหรับรับเงินโอน

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

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับรอง.....ผู้แทนสมาชิก/กรรมการดำเนินการ

(.....)

หน่วยงานหลัก.....

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

โอนเงินเข้าบัญชีสหกรณ์ฯ เลขที่บัญชี.....

..... ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....) (.....)