

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต
2. สำเนาใบมรณบัตร
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์



ให้ยื่นขอรับเงิน ไม่เกิน 3 เดือน
นับตั้งแต่วันที่สมาชิกเสียชีวิต

คำขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสงเคราะห์ครอบครัวสมาชิกที่เสียชีวิต

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกระบี่ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกระบี่ จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่สมาชิก.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....โทรศัพท์บ้าน.....

มีประสงค์ขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์ เพื่อสงเคราะห์ครอบครัวสมาชิกที่เสียชีวิตตามระเบียบ
สหกรณ์ฯ เนื่องจาก (ชื่อผู้เสียชีวิต).....เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา

คู่สมรส บุตร เสียชีวิตด้วยสาเหตุ.....เมื่อวันที่.....

ซึ่งข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการขอรับเงินถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้ยื่นคำขอ

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินทุนฯ จำนวน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

ความเห็นของผู้จัดการ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ

(.....)