



คำขอรับสวัสดิการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ. ศ.

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุปี

เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด เลขที่สมาชิก.....ปฏิบัติราชการ

ในตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....

อำเภอ.....จังหวัดอุดรธานี โทรศัพท์.....มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการ ดังนี้

- () เงินสวัสดิการคนไม่มีบุตร
- () เงินสงเคราะห์ศพ
- () เงินแก่ผู้สูงอายุ
- () กองทุนช่วยเหลือสมาชิก 20/65
- () เงินเพื่อช่วยเหลือสมาชิกและบุคคลในครอบครัวพิการ
- () กองทุนช่วยเหลือสมาชิก 20/15 (500 บาทต่อเดือน)

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานในการประกอบคำขอรับสวัสดิการดังนี้

- () สำเนาทะเบียนบ้านของข้าพเจ้า
- () สำเนาบัตรประชาชน /บัตรข้าราชการ/ลูกจ้างประจำของข้าพเจ้า
- () สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- () สำเนาบัญชีธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....
- () เอกสารประกอบอื่นๆ.....
- () เอกสารประกอบอื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอรับสวัสดิการแล้ว

- เข้าเป็นสมาชิกเมื่อ.....รวมอายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน
- เห็นสมควรอนุมัติจ่าย จำนวน.....บาท

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)

() เห็นควรอนุมัติ () ไม่อนุมัติ.....

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ
(นางสาวทัศนีย์ กำไรทอง)

ความเห็นของประธานกรรมการ

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ
(.....)