

## แบบคำขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์



เรื่อง ขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์

เรียน คณะกรรมการดำเนินงานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภูเก็ต จำกัด

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน .....  
สมาชิกเลขที่.....สังกัด.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับทุนสาธารณสุขประโยชน์ช่วยสงเคราะห์ศพญาติสายตรงตามกฎหมายของสมาชิกสหกรณ์  
1,000.00 บาท ในราย (ชื่อ-สกุล)..... เกี่ยวข้องเป็น  บิดา  มารดา  สามี  
 ภรรยา และ  บุตร ที่ถูกต้องตามกฎหมายของข้าพเจ้า ซึ่งเสียชีวิตเนื่องจาก.....  
เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน  
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์	
เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ ได้ตรวจสอบข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว สมาชิกได้รับ ทุนสาธารณสุขประโยชน์ตามระเบียบสหกรณ์ฯ ดังนี้ <input type="radio"/> เห็นควรอนุมัติ เป็นเงินจำนวน.....บาท <input type="radio"/> ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก..... .....	<input type="radio"/> เห็นควรอนุมัติ <input type="radio"/> ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ.....ผู้จัดการ (.....)
เพื่อโปรดพิจารณา ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....)	<input type="radio"/> เห็นควรอนุมัติ <input type="radio"/> ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ (.....) ที่ประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่..... มีมติ.....

### เอกสารประกอบการยื่น

- เอกสารของผู้เสียชีวิต  
 สำเนาใบมรณะบัตร  สำเนาบัตรประชาชน  สำเนาทะเบียนบ้าน (ประทับตรา “ตาย”)
- เอกสารของผู้ขอรับเงิน  
 สำเนาบัตรประชาชน  สำเนาทะเบียนบ้าน

หมายเหตุ 1. แบบสำเนาอย่างละ 1 ฉบับ พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง  
2. ในกรณีที่ต้องการให้สหกรณ์โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุณาแนบหน้าบัญชีธนาคาร  
3. ในกรณีที่โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่ไม่ใช่ ธนาคารกรุงไทย สาขาในจังหวัดภูเก็ต จะหักค่าธรรมเนียมตามที่  
ธนาคารกำหนด

### เงื่อนไขการยื่นขอรับทุนเพื่อส่งเสริมสวัสดิการ

สมาชิกหรือผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการยื่นคำขอรับทุน พร้อมแนบหลักฐานเอกสาร ตามที่สหกรณ์กำหนดข้างต้น ส่ง  
สำนักงานสหกรณ์ภายในปีบัญชีของสหกรณ์ในปีนั้นๆ

