

สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำกัด

คำร้อง ขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อให้สวัสดิการแก่สมาชิกและครอบครัว

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ).....สมาชิกเลขที่.....หน่วย.....โทร.....

ถ้าไม่ใช่สมาชิก ชื่อ.....ที่อยู่เลขที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ขอรับเงินสวัสดิการอันเนื่องมาจาก การถึงแก่กรรม ประสบอุบัติเหตุจนทุพพลภาพ

ของ (ชื่อ).....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า เป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร

หลักฐานประกอบ สำเนา (1) ใบมรณะบัตร หรือใบรับรองแพทย์กรณีทุพพลภาพ

(2) ทะเบียนบ้าน ทั้งฉบับของผู้รับเงินสวัสดิการและผู้เกี่ยวข้อง

(3) ทะเบียนสมรสหรือหย่า กรณีที่สมาชิกสมรสหรือหย่า

(4) บัตรประชาชนของผู้ขอรับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

สมาชิกชื่อ.....เลขสมาชิก.....เป็นสมาชิก เดือน.....พ.ศ..... (=.....ปี.....เดือน)

1. กรณีสมาชิกถึงแก่กรรม จ่ายเงินสวัสดิการ เป็นจำนวนเงิน.....บาท

2. กรณีคู่สมรสหรือทายาทถึงแก่กรรม

จ่ายเงินสวัสดิการ รายละหนึ่งพันบาท เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

วันที่.....

ลงชื่อ.....กรรมการ/ผู้จัดการ

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

วันที่.....

หมายเหตุ สาขาให้ทำ 2 ฉบับ ส่งสำนักงานกลาง 1 ฉบับ หลักฐานประกอบเก็บไว้ที่สาขา ใส่แฟ้มเฉพาะ