สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด
46/53-54 ถ.ศรีโสธรตัดใหม่ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร. 038-516-731, 096-974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....

ขอรับเงินช่วยเหลือจากทุนสวัสดิการหรือการสงเคราะห์แก่สมาชิกและครอบครัวของ.....

ผู้เสียชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

กรณีสมาชิกเสียชีวิต เป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี
เลขทะเบียน.....สังกัด.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- ◯ สำเนาใบมรณบัตร
- ◯ สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ขอรับเงิน)
- ◯ หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

มอบอำนาจให้.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
เป็นผู้ดำเนินการแทน

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่.....
เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติเพื่อจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ต่อไป

(ลงชื่อ) .....
เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

(ลงชื่อ) .....
รองผู้จัดการ

เรียน เหรัญญิก

เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ) .....
ผู้จัดการ

เรียน ประธานกรรมการฯ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) .....
เหรัญญิก

◯ อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการเพื่อทราบต่อไป

(ลงชื่อ) .....
ประธานกรรมการดำเนินการ

การขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ ให้ยื่นเรื่องขอรับเงินภายในกำหนด 120 วัน นับแต่วันถึงแก่กรรม

กรณีมอบอำนาจ : ใช้บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ของผู้มอบอำนาจ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง