



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.....นามสกุล.....เลขทะเบียน.....

สังกัด.....ขอรับเงินช่วยเหลือจากทุนสวัสดิการหรือการสงเคราะห์แก่สมาชิกและครอบครัว

ของ.....เป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....

อายุการเป็นสมาชิก.....ปี เลขทะเบียน.....สังกัด.....

ผู้เสียชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

มอบอำนาจให้..... (ลงชื่อ)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เป็นผู้ดำเนินการแทน

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่.....

เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน  
สวัสดิการเกี่ยวกับการศพ

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้อง  
เรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติ  
เพื่อจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ต่อไป

(ลงชื่อ) .....

เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

(ลงชื่อ) .....

รองผู้จัดการ

เรียน เหมัญญิก

เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ  
ศพ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ) .....

ผู้จัดการ

เรียน ประธานกรรมการฯ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) .....

ประธานกรรมการ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการ  
เพื่อทราบต่อไป

(ลงชื่อ) .....

ประธานกรรมการดำเนินการ

\*การขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศพ ให้ยื่นเรื่องขอรับเงินภายในกำหนด 120 วัน นับแต่วันถึงแก่กรรม ทั้งนี้ ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์นี้มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน\*

กรณีมอบอำนาจ : ใช้บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ของผู้มอบอำนาจ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง