



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

46/53-54 ถ.ศรีโสธรตัดใหม่ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000

โทร. 0-3851-6731, 0-96974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการมรดกสมรส

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

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

เป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี

ได้จดทะเบียนสมรสกับ.....เลขทะเบียน.....สังกัด.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการมรดกสมรส เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ } และ สำเนาทะเบียนสมรส (พร้อมฉบับจริง)
 สำเนาบัตรข้าราชการ }
 หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

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

(ลงชื่อ)

.....
(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการมรดกสมรส

เรียน ผู้จัดการ ตามที่..... เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน สวัสดิการมรดกสมรส เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้อง เรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนอขออนุมัติ เพื่อจ่ายเงินสวัสดิการมรดกสมรส เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ต่อไป (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ (ลงชื่อ) รองผู้จัดการ	เรียน เหมัญญิก เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการมรดกสมรส เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) (ลงชื่อ) ผู้จัดการ เรียน ประธานกรรมการฯ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ (ลงชื่อ) เหมัญญิก <input type="radio"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการ เพื่อทราบต่อไป (ลงชื่อ) ประธานกรรมการดำเนินการ
--	---

การขอรับเงินสวัสดิการมรดกสมรส ให้ยื่นเรื่องเพื่อขอรับเงินภายในกำหนด 120 วัน นับแต่วันที่จดทะเบียนสมรส ทั้งนี้ ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

กรณีมอบอำนาจ : ใช้บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ของผู้มอบอำนาจ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง