

แบบขอรับเงินสวัสดิการ กรณีสมาชิกถึงแก่กรรม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.เลขที่สมาชิก.....

สังกัด.....โทร.....มีความประสงค์ในกรณีสมาชิกถึงแก่กรรม

เมื่อวันที่.....ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- | | |
|--|-----------------|
| ☐ สมาชิกน้อยกว่า 3 เดือน | จ่าย 1,000 บาท |
| ☐ สมาชิก 3 เดือน — 2 ปี | จ่าย 3,000 บาท |
| ☐ สมาชิก 2 — 5 ปี | จ่าย 5,000 บาท |
| ☐ สมาชิก 5 — 10 ปี | จ่าย 10,000 บาท |
| ☐ สมาชิก 10 — 15 ปี | จ่าย 15,000 บาท |
| ☐ สมาชิก 15- 20 ปี | จ่าย 20,000 บาท |
| ☐ สมาชิก 20 — 25 ปี | จ่าย 25,000 บาท |
| ☐ สมาชิก 25 — 30 ปีขึ้นไป | จ่าย 30,000 บาท |

พร้อมได้แนบหลักฐานมาพร้อมนี้

1. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต
3. สำเนาใบมรณบัตร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการฯ ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

(.....)

ลงชื่อ.....

พยาน.....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....