



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

46/53-54 ซอยศรีโสธรตัดใหม่18 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000

โทร. 0-3851-6731 , 096-974-3218

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการกรณีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำกัด

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

เข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ เมื่อวันที่.....รวมระยะเวลา.....ปี โทรศัพท์/มือถือ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการกรณีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ

- ทุพพลภาพโดยสิ้นเชิง เป็นเงินจำนวน 30,000 บาท
 สูญเสียมือ - เท้า - ดวงตา ทั้ง 2 ข้าง หรือ 2 อย่างขึ้นไป เป็นเงินจำนวน 30,000 บาท
 สูญเสียมือ - เท้า - ดวงตา ข้างใดข้างหนึ่ง หรือ 1 อวัยวะ เป็นเงินจำนวน 15,000 บาท

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ

เรียน ผู้จัดการผ่านรองผู้จัดการ ตามที่..... เลขทะเบียน.....ได้แจ้งความประสงค์ขอรับเงิน สวัสดิการกรณีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้อง เรียบร้อยแล้วตามระเบียบฯ เห็นสมควรนำเสนออนุมัติ เพื่อจ่ายเงินสวัสดิการกรณีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ เป็นเงินจำนวน.....บาท (.....) ต่อไป (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ	เรียน เหมัญญิก เพื่อโปรดนำเสนอขออนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการกรณี ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) (ลงชื่อ) ผู้จัดการ
(ลงชื่อ) รองผู้จัดการ	เรียน ประธานกรรมการฯ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ (ลงชื่อ) เหมัญญิก <input type="radio"/> อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ แล้วนำเสนอคณะกรรมการดำเนินการ เพื่อทราบต่อไป (ลงชื่อ) ประธานกรรมการดำเนินการ

