

คำขอรับเงินสวัสดิการ  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ .....ปี เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด เลขที่สมาชิก.....ปฏิบัติราชการในตำแหน่ง.....  
สังกัดหน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดอุดรธานี  
มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการ ดังนี้

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> เงินช่วยเหลือประสบภัยพิบัติ                | <input type="checkbox"/> เงินสวัสดิการคนไม่มีบุตร                        |
| <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ศพ                            | <input type="checkbox"/> เงินเกื้อกูลผู้สูงอายุ                          |
| <input type="checkbox"/> กองทุนช่วยเหลือสมาชิก 20/65                | <input type="checkbox"/> เงินเพื่อช่วยเหลือสมาชิกและบุคคลในครอบครัวพิการ |
| <input type="checkbox"/> กองทุนช่วยเหลือสมาชิก 20/65 (500บาท/เดือน) |  |

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานในการขอรับเงินสวัสดิการ ดังนี้

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของข้าพเจ้า                              | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร  |
| <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวสมาชิก/บัตรข้าราชการ/ลูกจ้างประจำของข้าพเจ้า | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัญชีธนาคาร   | <input type="checkbox"/> เอกสารประกอบอื่น ๆ ..... |
|   | (ลงชื่อ).....สมาชิกผู้ยื่นคำขอ<br>(.....)         |

\*\*\*\*\*

**ความเห็นของเจ้าหน้าที่** ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอรับเงินแล้ว

- เข้าเป็นสมาชิกเมื่อ.....
- รวมอายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน จำนวนเงินที่ได้รับ.....บาท
- เห็นสมควรอนุมัติจ่าย จำนวน.....บาท

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ  
(.....)

เห็นควรอนุมัติ  ไม่อนุมัติ.....

(ลงชื่อ).....ผู้จัดการ  
(.....)

**ความเห็นของประธานกรรมการ**

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ  
(.....)