



คำร้องขอรับสวัสดิการเพื่อการสงเคราะห์สมาชิกผู้ทุพพลภาพ

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าอายุ ปี เลขที่สมาชิก

สังกัด อายุการเป็นสมาชิก ปี ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่ ซอย.....

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด โทร

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการเพื่อการสงเคราะห์สมาชิกผู้ทุพพลภาพ เนื่องจาก

ตั้งแต่วันที่

หลักฐานประกอบการพิจารณา

สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอรับสวัสดิการ ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบัน ชั้น 1

ภาพถ่ายที่เห็นสมาชิก จำนวน 2 ภาพ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร/สหกรณ์ฯ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเอกสารและภาพประกอบต่างๆ ที่ส่งมาขอรับสวัสดิการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากเป็นเท็จข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น และยินดีที่จะให้สหกรณ์ดำเนินคดีตามกฎหมาย

อนึ่ง หากเอกสารหรือภาพถ่ายไม่ครบถ้วน อาจมีความล่าช้าในการพิจารณา หรือไม่ได้รับการพิจารณา

ขอรับสวัสดิการโดย เข้าบัญชีสหกรณ์ฯ (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี)

เข้าบัญชีธนาคาร (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี)

ผู้บังคับบัญชารับรอง

ลงชื่อ

(.....)

(กรณีสมาชิกเกษียณอายุราชการผู้บังคับบัญชาไม่ต้องลงชื่อ)

(ลงชื่อ).....

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ประธานอนุกรรมการศึกษาและประชาสัมพันธ์

นาย/นาง/นางสาวสมาชิกเลขที่.....อายุเป็นสมาชิก.....ปี..... เดือน

สิทธิ์ได้รับสวัสดิการในครั้งนี้เป็นจำนวนเงินบาท

(ลงชื่อ).....

(.....)