



รับที่.....
วันที่.....
ผู้รับ..... เวลา..... น.

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์กรณีบิดา, มารดา, คู่สมรส, บุตร ถึงแก่กรรม
(ซึ่งไม่ได้เป็นสมาชิกสหกรณ์)

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
สังกัด.....อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน เป็นบุตร,คู่สมรส,บิดา,มารดา ของ.....
.....ซึ่งได้ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ด้วยสาเหตุ.....
มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ศพ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้ามีพี่น้องที่เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด รวม.....คน ดังนี้

1. ชื่อ - นามสกุล..... สังกัด.....
เลขทะเบียนสมาชิก.....วันสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....อายุสมาชิก.....
2. ชื่อ - นามสกุล..... สังกัด.....
เลขทะเบียนสมาชิก.....วันสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....อายุสมาชิก.....
3. ชื่อ - นามสกุล..... สังกัด.....
เลขทะเบียนสมาชิก.....วันสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....อายุสมาชิก.....
4. ชื่อ - นามสกุล..... สังกัด.....
เลขทะเบียนสมาชิก.....วันสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....อายุสมาชิก.....
5. ชื่อ - นามสกุล..... สังกัด.....
เลขทะเบียนสมาชิก.....วันสมัครเข้าเป็นสมาชิก.....อายุสมาชิก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และได้แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ ของผู้รับฯ และผู้ตาย
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับฯ และผู้ตาย (พร้อมนำต้นฉบับจริงมาแสดง)
- สำเนาใบมรณบัตร (พร้อมนำต้นฉบับจริงมาแสดง)
- สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีนามสกุลไม่ตรงกับบิดา, มารดา)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ขอรับสวัสดิการสงเคราะห์ศพ

เรียน ผู้จัดการ
ฝ่ายสำนักงานได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินสวัสดิการเป็นจำนวนเงิน
.....บาท (.....) ได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
.....

(ลงชื่อ).....
(นางอำไพพรรณ ปิ่นกลุ่ม)
รักษาการผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายสำนักงาน

อนุมัติ

(นางพรศรี อินทวารี)
รักษาการผู้จัดการ