



แบบขอรับทุนสงเคราะห์สมาชิกเสียชีวิต
สหกรณ์ออมทรัพย์องค์การเภสัชกรรม จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสงเคราะห์สมาชิกเสียชีวิต

เรียน ประธานกรรมการ / รองประธานกรรมการ

ข้าพเจ้า.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....กับพวกที่ลงลายมือชื่อทำยี่ในในฐานะเป็น

ผู้รับประโยชน์ที่ผู้ถึงแก่กรรมได้ตั้งไว้ ผู้จัดการมรดก

ทายาทผู้มีสิทธิรับมรดก

ขอรับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบว่าด้วยการให้ทุนสงเคราะห์สมาชิกหรือครอบครัวเสียชีวิตของ (นาย/นาง/นางสาว).....

สมาชิกทะเบียนเลขที่..... ซึ่งได้ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่..... สาเหตุการเสียชีวิต.....

ผู้เสียชีวิตเป็นบุตรของนาย..... ยังมีชีวิต เสียชีวิต

นาง..... ยังมีชีวิต เสียชีวิต

มีบุตรรวม.....คน คู่สมรสชื่อ.....

โดยข้าพเจ้ากับพวกขอรับรองว่า เป็นผู้ที่มีสิทธิในการรับเงินสงเคราะห์โดยชอบธรรมและได้ทราบรายละเอียดการจ่ายถูกต้องครบถ้วน
ไม่มีข้อโต้แย้งใด ๆ ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานดังนี้

1. สำเนาใบมรณะบัตรของสมาชิกถึงแก่กรรม
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกถึงแก่กรรม
3. สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกถึงแก่กรรม (ประทับคำว่า...ตาย)
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงินสงเคราะห์
5. สำเนาทะเบียนของผู้รับเงินสงเคราะห์
6. สำเนาทะเบียนสมรสของผู้ถึงแก่กรรม (กรณีมีคู่สมรส)

ข้าพเจ้ากับพวกขอรับรองว่า ข้อความทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)..... ผู้รับ โอนประโยชน์ / ทายาทเกี่ยวข้องเป็น.....

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับ โอนประโยชน์ / ทายาทเกี่ยวข้องเป็น.....

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับ โอนประโยชน์ / ทายาทเกี่ยวข้องเป็น.....

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับ โอนประโยชน์ / ทายาทเกี่ยวข้องเป็น.....

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับ โอนประโยชน์ / ทายาทเกี่ยวข้องเป็น.....

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับ โอนประโยชน์ / ทายาทเกี่ยวข้องเป็น.....

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้จัดการ

ได้ตรวจสอบเอกสารของ.....แล้ว เป็นสมาชิกเมื่อ.....รวม.....ปี.....เดือน
จึงมีสิทธิ์ได้รับเงินตามระเบียบสหกรณ์ว่าด้วยการให้ทุนสงเคราะห์สมาชิกหรือครอบครัวเสียชีวิต ชื่อ..... (.....) เป็นเงิน.....บาท
และชื่อ..... (.....) เป็นเงิน.....บาท รวมเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ผู้จัดการ / ผู้ช่วยผู้จัดการ	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ประธานกรรมการ / รองประธานกรรมการ
ข้าพเจ้า..... ได้รับเงินจำนวน.....บาทเรียบร้อยแล้ว	
ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน/...../.....	ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน/...../.....