

เลขทะเบียนหนังสือรับกองทุน ส.อศจ.น่าน

เลขที่.....

วันที่...../...../.....

ลำดับคำร้องฯ เลขที่.....

ฉกส.จ.๓

(กรณีทายาทเสียชีวิต)

คำร้องขอรับเงินช่วยเหลือกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร
องค์การสาธารณสุขจังหวัดน่าน
(ส.อศจ.น่าน)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอรับเงินช่วยเหลือกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร องค์การสาธารณสุขจังหวัดน่าน

เรียน ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร องค์การสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ด้วย(ระบุชื่อผู้เสียชีวิต)ซึ่งเป็น ()บิดา ()มารดา ()สามี ()ภรรยา ()บุตร
ของข้าพเจ้า ได้ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่.....ด้วยเหตุ.....
และข้าพเจ้า ปฏิบัติราชการที่.....ซึ่งเป็นสมาชิกกองทุนฯ เลขทะเบียน.....
เบอร์โทรศัพท์.....มีความประสงค์ ขอรับเงินช่วยเหลือกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิต
บุคลากร องค์การสาธารณสุขจังหวัดน่าน ตามสิทธิที่ควรจะได้รับ ทั้งนี้ ได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการขอรับเงินสงเคราะห์
คือ.-

๑. สำเนาสมรณบัตร
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ตาย (ซึ่งประทับตรา “ตาย” และจำหน่ายออกจากทะเบียนบ้านแล้ว)
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิก
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก
๕. ใบสำคัญการสมรส (กรณีคู่สมรสเสียชีวิต)
๖. สำเนาหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกกองทุน ส.อศจ.น่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือฯ ให้ข้าพเจ้าต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เรียน ประธานกรรมการกองทุน

- ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้วถูกต้องเป็นจริงทุกประการ
- เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินให้ตามสิทธิต่อไป

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

...../...../.....

