

เลขทะเบียนหนังสือรับกองทุน ส.อศจ.น่าน
 เลขที่.....
 วันที่...../...../.....
 ลำดับคำร้องฯ เลขที่.....

**คำร้องขอรับเงินช่วยเหลือกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร
 องค์กรสาธารณสุขจังหวัดน่าน
 (ส.อศจ.น่าน)**

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอรับเงินช่วยเหลือกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร องค์กรสาธารณสุขจังหวัดน่าน

เรียน ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร องค์กรสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ด้วย(ระบุชื่อสมาชิกผู้เสียชีวิต)ปฏิบัติราชการที่.....

ซึ่งเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์การเสียชีวิตบุคลากร องค์กรสาธารณสุขจังหวัดน่าน เลขทะเบียน.....
 ได้ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่.....ด้วยเหตุ.....เบอร์โทร.....

โดยข้าพเจ้า เป็นผู้มิสิทธิรับเงินที่สมาชิกผู้ตายระบุไว้ และมีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือกองทุน ส.อศจ.น่าน
 ตามสิทธิที่ควรจะได้รับ ทั้งนี้ ได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการขอรับเงินสงเคราะห์ คือ-

๑. สำเนาสมรณบัตร
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกผู้ตาย (ซึ่งประทับตรา “ตาย” และจำหน่ายออกจากทะเบียนบ้านแล้ว)
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้า
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของข้าพเจ้า
๕. หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกกองทุน ส.อศจ.น่าน ของสมาชิกผู้เสียชีวิต (ฉบับจริง)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการจ่ายเงินช่วยเหลือฯ ให้ข้าพเจ้าต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เรียน ประธานกรรมการกองทุน

- ได้ตรวจสอบหลักฐานแล้วถูกต้องเป็นจริงทุกประการ
- เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินให้ตามสิทธิต่อไป

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

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

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