



สหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือค่าจัดการศพคู่สมรสและบุตร

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด

ด้วย.....ได้ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ.....

เมื่อวันที่.....ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด/หน่วย.....เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือค่าจัดการศพ คู่สมรส บุตร เป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน)

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบดังนี้

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิก | <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน / ทะเบียนสมรสของผู้ถึงแก่กรรม | <input type="checkbox"/> หลักฐานอื่น ๆ (ระบุ)..... |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอรับเงินสวัสดิการช่วยเหลือค่าจัดการศพคู่สมรสและบุตร

***การขอรับเงินสวัสดิการให้ยื่นขอรับเงิน ภายในกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คู่สมรส /บุตร ถึงแก่กรรม (กรณีบุตรถึงแก่กรรม เป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายยกเว้นบุตรบุญธรรม ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด

ใบสำคัญจ่ายเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า สมาชิกเลขที่ ได้รับเงินสวัสดิการช่วยเหลือค่าจัดการศพคู่สมรสและบุตร จากสหกรณ์ออมทรัพย์ครูแม่ฮ่องสอน จำกัด จำนวน 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) โดย เงินสด (เงินยืมตรง) โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ เลขที่บัญชี.....

.....ผู้รับเงิน