

รับที่...../.....
วันที่...../...../.....



เบิกตามหนังสือที่ สอ.สสจ...../.....
วันที่.....

คำขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกกรณีรับขวัญทายาทใหม่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด สสจ./สสอ./รพ.....

โทรศัพท์มือถือ..... มีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่ ดังนี้

- บุตรข้าพเจ้าชื่อ ด.ช./ด.ญ..... เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- ประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการสมาชิกกรณีรับขวัญทายาทใหม่ โดย
(.....) นำเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ /ออมทรัพย์พิเศษ เลขที่.....
(.....) นำฝากบัญชีข้าพเจ้า ธนาคารกรุงไทย สาขา..... เลขที่บัญชี.....
- ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบอย่างละ 1 ฉบับ ดังนี้
(.....) สำเนาสูติบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
(.....) สำเนาบัตรประจำตัวและทะเบียนบ้านสมาชิก
(.....) สำเนาใบทะเบียนสมรส (กรณีบิดาเป็นผู้ใช้สิทธิ์)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ) สมาชิก

(.....)

การตรวจสอบของเจ้าหน้าที่สหกรณ์

ได้ตรวจสอบแล้ว สมาชิกมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในระเบียบว่าด้วยกองทุนสวัสดิการสมาชิก พ.ศ. 2569

(.....) ถูกต้อง (.....) ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่สหกรณ์

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

ความเห็นของผู้จัดการ

(.....) เห็นควรอนุมัติ จำนวนเงิน.....บาท

(.....) เห็นควรไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ) ผู้จัดการ

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

ความเห็นของประธานกรรมการ / รองประธานกรรมการ / เหนรัญญิก

(.....) อนุมัติ (.....) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ) ประธานกรรมการ/รองประธาน/เหนรัญญิก

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

หมายเหตุ

- ยื่นคำขอรับเงินสวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่ ภายใน 180 วัน นับแต่วันคลอด
- กรณีบิดาหรือมารดาเป็นสมาชิกให้ใช้สิทธิ์แต่เพียงผู้เดียว
- สมาชิกใช้สิทธิ์สวัสดิการรับขวัญทายาทใหม่ได้ไม่เกิน 3 คน