



รับที่.....
วันที่.....

**แบบขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสงเคราะห์สมาชิกผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนพิการ  
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมประชาสัมพันธ์ จำกัด**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการ

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....สมาชิกเลขที่.....  
 เป็นสมาชิกสหกรณ์มาแล้ว.....ปี ปัจจุบัน  ดำรงตำแหน่ง.....  
 สังกัดสำนัก/กอง.....หรือ  ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ  ลูกจ้างบำเหน็จรายเดือน  
 ข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์ที่ติดต่อดี  เบอร์ส่วนตัว.....  เบอร์ราชการ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสงเคราะห์สมาชิกผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนพิการ  
 เนื่องจาก

- ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง จนทำให้  ทุพพลภาพ/พิการสิ้นเชิงถาวร  ทุพพลภาพ/พิการบางส่วนถาวร  
 เมื่อวันที่.....
- เจ็บป่วยวิกฤต จนทำให้  ทุพพลภาพ/พิการสิ้นเชิงถาวร  ทุพพลภาพ/พิการบางส่วนถาวร  
 เมื่อวันที่.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก  สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือบัตรประจำตัวประชาชน
- หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา/ผู้รับบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือนรับรองตนเอง
- ภาพถ่ายสมาชิกที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนพิการ จำนวน.....ภาพ
- โอนเงินทุนสาธารณสุขเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....
- ชื่อบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....สมาชิก  
 (.....)

<p><b>คำรับรองของผู้บังคับบัญชา/ผู้รับบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือนรับรองตนเอง</b></p> <p>ขอรับรองว่า สมาชิกผู้ขอรับเงินทุนสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสงเคราะห์สมาชิกผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนพิการตาม          ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง          (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....ผู้บังคับบัญชาสมาชิกที่ยังไม่เกษียณ/ผู้รับบำนาญหรือบำเหน็จรายเดือนรับรองตนเอง</p>
---