



บันทึกข้อความ

วันที่.....

เรื่อง ขอรับทุนสวัสดิการ ผู้ป่วยทุพพลภาพ หรือสมาชิกติดเตียง

เรียน ผู้จัดการ/ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขปทุมธานี จำกัด

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สมาชิกสหกรณ์ เลขที่สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับทุนสวัสดิการ ผู้ป่วยทุพพลภาพ หรือสมาชิกติดเตียง จำนวนเงิน.....บาท (.....)

ตามระเบียบ ระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขปทุมธานี จำกัด ว่าด้วย การใช้ทุนสวัสดิการ ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับทุนสวัสดิการ ในกรณี

() ผู้พิการถาวรโดยสิ้นเชิง ตามประเภทที่กำหนด โดยต้องขึ้นทะเบียนความพิการตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

() ผู้ป่วยติดเตียง คือผู้ที่ได้รับการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

ขอรับทุนสวัสดิการ พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

() เอกสารหลักฐาน การขึ้นทะเบียนความพิการ ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.).....

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)
(.....)

<p>เรียน ผู้จัดการ</p> <p>ตามที่สมาชิกของสหกรณ์ ขอรับทุนสวัสดิการ ผู้ป่วยทุพพลภาพ หรือสมาชิกติดเตียง</p> <p>-ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องเรียบร้อยแล้ว</p> <p>ตามระเบียบ เห็นควรนำเสนอเพื่อขออนุมัติจ่ายเงิน ทุนสวัสดิการแก่สมาชิก จำนวน.....บาท</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....</p>	<p>เรียน ประธานกรรมการ</p> <p>เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการ</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....</p> <p>อนุมัติให้จ่ายเงินได้</p> <p>ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....</p>
--	--