



เลขที่รับ...../.....
 วันที่...../...../.....
 ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่

**คำขอรับสวัสดิการสงเคราะห์สมาชิก
 ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร**

เขียนที่ _____
 วันที่ _____ เดือน _____ พ. ศ. _____

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) _____ อายุ _____ ปี เป็นสมาชิกทะเบียน
 เลขที่ _____ สังกัด _____ เบอร์โทรติดต่อได้สะดวก _____ ได้ศึกษาระเบียบฯสวัสดิการ
 สมาชิกของสหกรณ์เป็นอย่างดีแล้ว จึงแสดงเจตนาขอรับสวัสดิการสงเคราะห์ตามระเบียบสหกรณ์

เอกสารประกอบขอรับสวัสดิการ จำนวน 4 รายการ (อย่างละ 1 ชุด สมาชิกต้องรับรองสำเนาทุกฉบับ)

สำเนาบัตรประชาชนสมาชิก

สำเนาทะเบียนบ้านสมาชิก

ใบรับรองแพทย์ ว่าทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร หรือ विकฤติโดยมีคำสั่งศาลเป็นผู้ไร้ความสามารถ หรือมีหลักฐานการทางราชการว่าเป็นผู้พิการ
 ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

สำเนาหน้าสมุดธนาคารกรุงศรี หรือ ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น

ข้าพเจ้าขอให้โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงศรี หรือ ธนาคารกรุงไทย ของข้าพเจ้า บัญชีเลขที่ _____ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้
 แนบเอกสารมาเพื่อประกอบการพิจารณา และข้าพเจ้าขอยอมรับผลการพิจารณาตามมติของคณะกรรมการดำเนินการ หรือของผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก
 คณะกรรมการดำเนินการ โดยไม่มีข้อโต้แย้งประการใด

ลงชื่อ _____ พยาน (_____)
 ลงชื่อ _____ ผู้แสดงความจำนง หรือ ประทับลายนิ้วมือ (_____)
 ลงชื่อ _____ พยาน (_____)

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

1. วันที่เข้าเป็นสมาชิก _____ อายุสมาชิกภาพ _____

2. เอกสารแนบ ครบถ้วน ไม่ครบถ้วน
 ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจสอบ (_____)
 _____ / _____ / _____

เห็นควร อนุมัติ ไม่อนุมัติ
 ลงชื่อ _____ ผู้จัดการสหกรณ์ (_____)
 _____ / _____ / _____

อนุมัติ ไม่อนุมัติ
 ลงชื่อ _____ ประธานกรรมการ/ผู้ได้รับมอบหมาย (_____)
 _____ / _____ / _____

_____ เจ้าหน้าที่การเงิน
 วันที่จ่ายเงิน
 _____ / _____ / _____