



ใบคำขอรับสวัสดิการเพื่อรับขวัญทายาทใหม่
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด
★★★★★

เรียน ประธานคณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....
สมาชิกเลขที่.....ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วย (รพ./สสอ.).....
เลขที่บัตรประชาชน.....ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....มีความประสงค์ขอรับ
สวัสดิการเพื่อรับขวัญทายาทใหม่

ข้าพเจ้ามีความสัมพันธ์กับบุตรโดยเป็น มารดา บิดา
และเป็นบุตรลำดับที่ ๑ ๒ ๓ ของข้าพเจ้า
ชื่อบุตร.....คลอดวันที่.....

หมายเหตุ : สวัสดิการเพื่อรับขวัญทายาทใหม่
โดยมอบเป็นเงินจำนวน ๑,๐๐๐ บาท /ครั้ง
สมาชิกขอรับสวัสดิการรับขวัญทายาทได้ไม่เกิน ๓ คน
ยื่นขอรับทุนสวัสดิการดังกล่าวภายใน ๑๒๐ วัน นับแต่วันที่คลอด

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว

อายุการเป็นสมาชิก.....ปี
 ขอรับทุนสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน
(.....)

วันที่ขอรับทุน.....

เอกสารประกอบการขอรับทุนสวัสดิการ

๑. แบบคำขอรับเงินสวัสดิการเพื่อรับขวัญทายาทใหม่
๒. สำเนาใบสูติบัตร
๓. สำเนาทะเบียนสมรส
๔. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขอรับทุน