



ใบคำขอรับสวัสดิการเพื่อรับขวัญทายาทใหม่
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ประธานกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)

สมาชิกเลขที่.....ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วย (รพ./สสอ.).....

เลขที่บัตรประชาชน.....ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการเพื่อรับขวัญทายาทใหม่

ข้าพเจ้ามีความสัมพันธ์กับบุตรโดยเป็น บิดา มารดา

และเป็นบุตรลำดับที่ 1 2 3 ของข้าพเจ้า

ชื่อบุตร.....คลอดวันที่.....

สาเหตุการรักษาเนื่องจาก.....

หมายเหตุ - สวัสดิการเพื่อรับขวัญทายาทใหม่ โดยมอบเป็นเงินจำนวน 1,000 บาท / ครั้ง

- ขอรับสวัสดิการได้ไม่เกิน 3 คน

- ยื่นขอรับทุนสวัสดิการดังกล่าวภายใน 120 วัน นับแต่วันที่คลอด

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว

อายุการเป็นสมาชิก.....ปี.....เดือน

ขอรับทุนสวัสดิการไม่เกินกำหนดระยะเวลา

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน

(.....)

วันที่ขอรับทุน.....

เอกสารประกอบการขอรับทุนสวัสดิการ

1. แบบคำขอรับเงินสวัสดิการเพื่อรับขวัญทายาทใหม่
2. สำเนาใบสูติบัตร
3. สำเนาทะเบียนสมรส
4. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ขอรับทุน