แบบคำขอรับสวัสดิการ เลขที่

สำนักงานกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลหินดาด อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า ชื่อ _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

เป็นสมาชิกเลขที่ ☐☐-☐☐☐☐☐ มีความประสงค์ขอรับสวัสดิการจากกองทุนฯ เนื่องจาก

☐ **คลอดบุตร** จำนวนบุตร ____ คน เมื่อวันที่ _____ โรงพยาบาล _____

มารดา ○ ไม่เป็น ○ เป็นสมาชิกเลขที่ ☐☐-☐☐☐☐☐

นอนรักษาตัวเนื่องจากการคลอดบุตรที่โรงพยาบาล จำนวน _____ คืน

☐ **เจ็บป่วย** โรงพยาบาล _____ จำนวน ____ คืน เมื่อวันที่ _____

สาเหตุการเจ็บป่วย _____

☐ **ทุนการศึกษา** กำลังศึกษาอยู่ที่ _____ จังหวัด _____ ชั้น _____

☐ **ประสบภัย** ○ อัคคีภัย (ไฟไหม้) ○ วาตภัย (พายุ) เมื่อวันที่ ___ เดือน _____ พ.ศ. _____

ลงชื่อ _____ ผู้ขอรับสวัสดิการ

(_____)

ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริง เห็นควรจ่ายสวัสดิการแก่ผู้ยื่นคำขอ

ลงชื่อ _____

(_____)

ลงชื่อ _____

(_____)

ลงชื่อ _____

(_____)

คณะกรรมการประจำศูนย์ฯ หมู่ที่ _____

○ อนุมัติ

○ ไม่อนุมัติ เพราะ _____

ลงชื่อ _____ ประธานฯ

(_____)

วันที่ _____

****

สำหรับคณะกรรมการ

<u>เอกสารแนบ</u>: 1.สำเนาบัตรฯ ประชาชนผู้รับเงิน 1 ชุด 2.หลักฐานแสดงการเกิดเหตุข้างต้น (ถ้ามี)

แบบ กส.12

ใบสำคัญจ่ายเงิน เลขที่

สำนักงานกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลหินดาด อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา

วันที่ ____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า ชื่อ _____ อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ได้รับเงินจาก กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลหินดาด อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ไว้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
รวม		

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน

(_____)

ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน

(_____)

เหรัญญิกกองทุนฯ

หมายเหตุ: กรณีไม่ใช่สมาชิกกองทุนฯ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนด้วย

แบบ กส.14