

# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครนายก จำกัด

วันที่.....

เรื่อง ขอรับทุนสวัสดิการแก่สมาชิก (กรณี บิดา มารดา เสียชีวิต)

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครนายก จำกัด

ข้าพเจ้า..... สมาชิกเลขที่.....

ตำแหน่ง..... สังกัด..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์..... ขอรับทุนสวัสดิการแก่สมาชิก กรณีบิดา มารดา เสียชีวิต เมื่อวันที่.....

เสียชีวิตที่..... จำนวนเงิน 1,000.- บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย

สาขา..... เลขบัญชี..... ชื่อบัญชี.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้

- |  |        |
|--|--------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้า           | 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน ข้าพเจ้า                   | 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาใบมรณะบัตร ผู้เสียชีวิต                | 1 ฉบับ |
| 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ผู้เสียชีวิต       | 1 ฉบับ |
| 5. สำเนาทะเบียนบ้าน(ประทับ “ตาย”) ผู้เสียชีวิต | 1 ฉบับ |
| 6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย             | 1 ฉบับ |
| 7. ใบสำคัญรับเงิน                              | 1 ฉบับ |

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ลงชื่อ .....

(.....)

# ใบสำคัญรับเงิน

ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครนายก จำกัด

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

ได้รับเงินจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครนายก จำกัด ตำบลท่าช้าง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก  
ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ทุนสวัสดิการแก่สมาชิก กรณี บิดา มารดา เสียชีวิต	1,000	-
รวมเป็นเงิน	1,000	-

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (หนึ่งพันบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

# ใบสำคัญรับเงิน

ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครนายก จำกัด

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

ได้รับเงินจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครนายก จำกัด ตำบลท่าช้าง อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก  
ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ทุนสวัสดิการแก่สมาชิก ค่าพวงหรีด	500	-
รวมเป็นเงิน	500	-

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (ห้าร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)