



คำขอรับเงินสงเคราะห์กรณีสมาชิกให้ออกจากราชการเพราะเหตุทุพพลภาพ
สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำกัด

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส. ☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ
ตำแหน่ง.....ระดับ.....สังกัด.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ เลขที่.....

กรณีสมาชิกไม่สามารถดำเนินการเองได้ ให้ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดามารดา หรือ
พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน เป็นผู้ยื่นคำขอรับการช่วยเหลือ

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส. อยู่บ้านเลขที่.....
ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด..... ในฐานะที่เกี่ยวข้องเป็น.....
ของนาย/นาง/น.ส..... ตำแหน่ง..... สังกัด
ถูกให้ออกจาก/ลาออกจากราชการด้วยเหตุทุพพลภาพเมื่อวันที่

มีความประสงค์ขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิกที่ถูกสั่งให้ออกจากราชการเพราะเหตุทุพพลภาพ

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสาร ประกอบด้วย

- () ๑. คำสั่งให้ออก/ลาออก จากระาชการ ด้วยเหตุทุพพลภาพ
- () ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน
- () ๓. สำเนาบัตรประจำตัว ขรก./ปชช.
- () ๔. เอกสารใบรับรองแพทย์ให้เป็นบุคคลทุพพลภาพ (ตัวจริง)
- () ๕. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทยฯ/กรุงศรีฯ
- () ๖. อื่นๆ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับหัวหน้าส่วนขึ้นไป)

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
สังกัด ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....
เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือสมาชิกที่ถูกสั่งให้ออกจากราชการเพราะเหตุทุพพลภาพ

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง
(.....)