สหกรณ์ออมทรัพย์ครูยะลา จำกัด

ทะเบียนเลขที่ 71/11071 จัดตั้งเมื่อวันที่ 29 มกราคม 2506
สำนักงานเลขที่ 371-375 ถนนสิโรรส ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000
โทรศัพท์ 0-7321-2509, 0-7321-4473 โทรสาร 0-7324-4489

รับที่...../.....
...../...../.....
ผู้รับ.....

คำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์สมาชิก พ.ศ.2564 ข้อ 6(1)
กรณีสมาชิกเจ็บป่วย ซึ่งเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลของรัฐ

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูยะลา จำกัด
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรับรองแพทย์สถานพยาบาลของรัฐ **(ฉบับจริง)**
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เลขทะเบียนสมาชิก.....
เบอร์โทร.....สังกัดหน่วย/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัดยะลา

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบสหกณ์ออมทรัพย์ครูยะลา จำกัด ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์สมาชิก พ.ศ. 2564 ข้อ 6(1) กรณีสมาชิกเจ็บป่วยฯ รายละเอียดมีดังนี้

ที่	ชื่อสถานพยาบาลของรัฐ	ป่วยด้วยโรค (ตามใบรับรองแพทย์)	เข้าพักรักษาตัว		รวม (วัน)	เบิกแล้วในปีนี้ (วัน)	เบิกครั้งนี้ (วัน)ไม่เกิน 10 วัน/ปี	รวมเงิน วันละ 500
			ตั้งแต่วันที่	ถึงวันที่				

โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยเลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ยื่นคำร้อง

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์

ความเห็นเจ้าหน้าที่	ความเห็นผู้จัดการ	มติ กด. ครั้งที่...../25.....
ได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานแล้ว สมาชิกมีคุณสมบัติถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของระเบียบฯว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ ข้อ6(1) ☐ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินได้ จำนวน.....บาท ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่...../...../.....	เห็นควร ☐ เสนอ กด.อนุมัติให้จ่ายเงินได้ จำนวน.....บาท ☐ ไม่อนุมัติเนื่องจาก ..... ลงชื่อ..... ผู้จัดการ	☐ อนุมัติให้จ่ายเงินได้ จำนวน.....บาท ☐ ไม่อนุมัติเนื่องจาก ..... ลงชื่อ..... ประธานกรรมการ