



แบบขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิกสวัสดิการ สำนักงาน ป.ป.ส.
กรณีรักษาอาการเจ็บป่วยอยู่ในสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิกสวัสดิการ สำนักงาน ป.ป.ส.

เรียน ประธานกรรมการสวัสดิการสำนักงาน ป.ป.ส.

ด้วย นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....

ได้เข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยเนื่องจาก.....

ณ โรงพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

รวมเป็นระยะเวลา.....วัน

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขอรับเงินช่วยเหลือสมาชิกสวัสดิการ สำนักงาน ป.ป.ส. ตามระเบียบ
คณะกรรมการสวัสดิการสำนักงาน ป.ป.ส. ว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือสมาชิกสวัสดิการ พ.ศ.๒๕๕๕
และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ทั้งนี้ ได้แนบหลักฐานมาเพื่อประกอบการพิจารณาเบิกจ่ายเงินช่วยเหลือสมาชิกสวัสดิการ
สำนักงาน ป.ป.ส. ดังนี้

- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวผู้รับบำนาญ
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอรับเงินช่วยเหลือแทน
(กรณีไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง)
- ☐ หนังสือมอบฉันทะ/หนังสือมอบอำนาจ (กรณีให้โอนเงินช่วยเหลือเข้าบัญชีธนาคาร)
- ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) หรือธนาคารอื่น
- ☐ อื่น ๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอรับเงินช่วยเหลือ