



สภกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจนครศรีธรรมราช จำกัด

เลขที่162 ถนนศรีธรรมราช ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

โทร 075-345531 ,075-466106 ,075-466067 โทรสาร 075-340707 E-mail: policenakhon@gmail.com , ID line : 075340707

วันที่.....

เรื่อง ขอเบิกเงินช่วยเหลือสมาชิกกรณีที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง โรคมะเร็ง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

เรียน ประธานกรรมการสภกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สมาชิกสภกรณ์ฯ เลขทะเบียน.....ป่วยเป็นโรค/อาการ.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอเบิกเงินตามระเบียบสภกรณ์ฯ ว่าด้วยทุนสวัสดิการหรือการสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัว พ.ศ.2568 โดยสภกรณ์ฯจ่ายเป็นรายเดือน ๆ ละ 500 บาท แต่ไม่เกิน 5 ปี รวม 30,000 บาท

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ สำเนาบัตรข้าราชการหรือสำเนาประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีกรุงไทย หรือ สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากของสภกรณ์ฯ
- ☐ กรณีโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต แนบภาพถ่ายประกอบ
- อื่นๆ.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตรวจสอบแล้วเอกสารครบถ้วน

(ลงชื่อ).....
(.....)

อนุมัติจ่ายตามมติ.....