



สหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจนครศรีธรรมราช จำกัด

เลขที่ 162 ถนนศรีธรรมราช ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร. 075-345531 , 075-356434 โทรสาร 075-340707

วันที่.....

เรื่อง ขอเบิกเงินช่วยเหลือสมาชิกกรณีที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง โรคมะเร็ง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ตำรวจนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สมาชิกสหกรณ์ฯ เลขทะเบียน.....ป่วยเป็นโรค/อาการ.....

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอเบิกเงินตามระเบียบสหกรณ์ ว่าด้วยทุนสวัสดิการหรือการสงเคราะห์สมาชิกและครอบครัว พ.ศ.2567 โดยสหกรณ์จ่ายเป็นรายเดือน ๆ ละ 500 บาท แต่ไม่เกิน 5 ปี รวม 30,000 บาท

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ใบรับรองแพทย์ สำเนาบัตรข้าราชการหรือสำเนาประจำตัวประชาชน
 - สำเนาหน้าสมุดบัญชีกรุงไทย หรือ สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากของสหกรณ์ฯ
 - กรณีโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต แนบภาพถ่ายประกอบ
- อื่นๆ.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตรวจสอบแล้วเอกสารครบถ้วน

(ลงชื่อ).....

(.....)

อนุมัติจ่ายตามมติ.....