



(แบบฟอร์ม)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....

ที่..... วันที่.....

เรื่อง.....

เรียน ประธานคณะกรรมการสวัสดิการสำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์กองทุนสวัสดิการสำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม กรณี

เจ็บป่วยโดยเข้ารับการรักษาพยาบาล ๓ วันขึ้นไป ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่..... ณ.....

มีบุตรเกิดใหม่ ระบุชื่อ-สกุล.....

วัน-เดือน-ปีเกิด..... ณ.....

ถึงแก่กรรม ค่าพวงหรีด

บุคลากรถึงแก่กรรม

บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายถึงแก่กรรม

ระบุชื่อ-สกุล.....

เกษียณอายุหรือพ้นจากราชการโดยไม่มีความผิด

ปฏิบัติราชการติดต่อกันไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี ปฏิบัติราชการติดต่อกันไม่น้อยกว่า ๒๕ ปี

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

ประสบความเดือดร้อน

อัครภักดิ์ อุทภักดิ์ วาตภักดิ์ อื่นๆ.....

โดยขอรับ เงินสด โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....

ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตรงตามความจริงทุกประการ หากปรากฏว่าข้าพเจ้า
รับเงินโดยไม่มีสิทธิ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงิน ภายใน ๑๕ วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้ง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ

(.....) ผู้ขอรับการสงเคราะห์

ตำแหน่ง.....

คำรับรองผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบคำขอรับเงินสงเคราะห์กองทุนสวัสดิการสำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม
ขอรับรองว่าผู้ขอรับการสงเคราะห์รายนี้มีคุณสมบัติตรงตามระเบียบคณะกรรมการสวัสดิการ
สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรมว่าด้วยการสงเคราะห์เจ้าหน้าที่สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม
กำหนดไว้ทุกประการ

ลงชื่อ

(.....) ผู้บังคับบัญชา

ตำแหน่ง.....