

แบบคำขอเบิกเงินสวัสดิการคณะกรรมการเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่ยื่นคำขอ _____ / _____ / _____

สถานะผู้ยื่นคำขอ ☐ บุคลากร ☐ ทายาท/ผู้มีสิทธิรับเงิน

1. ข้อมูลของบุคลากรที่ขอรับสวัสดิการ ผู้ยื่นคำขอ

ชื่อ-สกุล _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ตำแหน่ง _____ สังกัด _____

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน _____

ชื่อธนาคารที่ประสงค์รับเงินสวัสดิการฯ _____ เลขที่บัญชี _____

2. เอกสารประกอบการเบิกจ่าย (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่แนบ)

กรณีบุคลากรเสียชีวิต 30,000 บาท/คน

☐ สำเนาใบมรณะบัตร ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน/ทะเบียนสมรส/หนังสือรับรองบุตรของผู้มีสิทธิ ☐ ใบสำคัญรับเงิน

กรณีทายาทเสียชีวิต 5,000 บาท/คน

☐ สำเนาใบมรณะบัตร ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน/ทะเบียนสมรส/หนังสือรับรองบุตร ☐ ใบสำคัญรับเงิน

กรณีเยี่ยมไข้ 1,000 บาท/คืน

☐ สำเนาใบรับรองแพทย์ ☐ ใบสำคัญรับเงิน

กรณีคลอดบุตร/มีบุตร ไม่เกิน 1,000 บาท/คน

☐ สำเนาสูติบัตร ☐ สำเนาทะเบียนสมรส/หนังสือรับรองบุตร (กรณีบุคลากรเพศชาย) ☐ ใบสำคัญรับเงิน

หมายเหตุ: เอกสารสำเนาให้รับรองสำเนาถูกต้องตามที่กำหนด และใบสำคัญรับเงินไม่ลงวันที่ พร้อมลงนามผู้รับเงิน

ทั้งนี้ กรณีเยี่ยมไข้ให้ส่งเอกสารภายในปีงบประมาณ (1 ตุลาคม-30 กันยายน)

3. คำรับรองของผู้ยื่นคำขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลและเอกสารที่ยื่นประกอบคำขอเป็นความจริง และยินยอมให้หน่วยงานตรวจสอบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ

ลงชื่อ _____ ผู้ยื่นคำขอ

วันที่ _____ / _____ / _____