

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

<p>1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....</p> <p>สังกัด.....สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....</p>		
<p>2. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ</p> <p>ตำแหน่ง..... สังกัด.....</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ / หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด</p> <p>ตำแหน่ง..... สังกัด.....</p>		
<p>3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นมารดา</p> <p><input type="checkbox"/> บุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการสิ้นสุดของการสมรส</p> <p><input type="checkbox"/> บุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้าเนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย</p>		
<p>4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาบุตร ดังนี้</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">(1) เงินบำรุงการศึกษาบุตร</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">(2) เงินค่าเล่าเรียนบุตร</td> </tr> </table> <p>1. บุตรชื่อ..... เกิดเมื่อ.....</p> <p>เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....</p> <p>(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....</p> <p>ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....</p> <p>สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....</p> <p>ชั้นที่ศึกษา.....ภาคเรียนที่..... (1) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">(2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท</p> <p>2. บุตรชื่อ..... เกิดเมื่อ.....</p> <p>เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....</p> <p>(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....</p> <p>ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....</p> <p>สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....</p> <p>ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">(2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท</p> <p>3. บุตรชื่อ..... เกิดเมื่อ.....</p> <p>เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....</p> <p>(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....</p> <p>ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....</p> <p>สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....</p> <p>ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">(2) <input type="checkbox"/> จำนวน.....บาท</p>	(1) เงินบำรุงการศึกษาบุตร	(2) เงินค่าเล่าเรียนบุตร
(1) เงินบำรุงการศึกษาบุตร	(2) เงินค่าเล่าเรียนบุตร	
<p>5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร</p> <p><input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท</p>		

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร และข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง
- บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว
- คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท จริง

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

7. คำรับรอง

เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
ข้าพเจ้า.....นายคำรณ มั่งมี.....
ตำแหน่ง.... สาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ
ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาลบนี้แล้ว ขอ
รับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....
(.....)

8. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

9. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน..... บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวนุชนารถ องอาจ)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)