



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ _____ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย โทร ๐-๒๒๘๒-๐๔๗๓-๔

ที่ กท ๐๗๑๓.๙ / _____ วันที่ _____

เรื่อง ขอเบิกเงินทุนสนับสนุนการศึกษาแก่บุตรข้าราชการและลูกจ้างประจำของกรุงเทพมหานคร

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและการบริหารทั่วไป

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....ฝ่าย/กลุ่มงาน.....

ศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย สำนักอนามัย ขอรับเงินทุนสนับสนุนการศึกษาแก่บุตร ประจำปีการศึกษา..... บุตรจำนวน.....คน เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

(โทร.๐๒-๒๘๒๐๔๗๓-๔)

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย

ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องแล้ว ผู้ขอเบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบฯ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ _____ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย โทร ๐-๒๒๘๒-๐๔๗๓-๔

ที่ กท ๐๗๑๓.๙ / _____ วันที่ _____

เรื่อง ขอบเบิกเงินทุนสนับสนุนการศึกษาแก่บุตรข้าราชการและลูกจ้างประจำของกรุงเทพมหานคร

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและการบริหารทั่วไป

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....ฝ่าย/กลุ่มงาน.....

ศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย สำนักอนามัย ขอรับเงินทุนสนับสนุนการศึกษาแก่บุตร ประจำปีการศึกษา..... บุตรจำนวน.....คน เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

(โทร.๐๒-๒๘๒๐๔๗๓-๔)

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๙ ประชาธิปไตย

ได้ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องแล้ว ผู้ขอเบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบฯ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ใบขอรับเงินทุนสนับสนุนการศึกษาบุตร

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....
๒. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ..... <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการกรุงเทพมหานคร ตำแหน่ง สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นลูกจ้างประจำกรุงเทพมหานคร ตำแหน่ง สังกัด.....
๓. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก <input type="checkbox"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย <input type="checkbox"/> เป็นมารดา <input type="checkbox"/> บุตรอยู่ในปกครองและอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้าโดยการสิ้นสุดของการสมรส <input type="checkbox"/> บุตรอยู่ในปกครองและอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้าเนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่ากันตามกฎหมาย
๔. ข้าพเจ้าขอรับเงินทุนสนับสนุนการศึกษาบุตรข้าราชการและลูกจ้างประจำกรุงเทพมหานคร ดังนี้ ๑) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....ปีการศึกษา.....จำนวนเงิน.....บาท ๒) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....ปีการศึกษา.....จำนวนเงิน.....บาท ๓) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....ปีการศึกษา.....จำนวนเงิน.....บาท ๔) บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... สถานศึกษา.....อำเภอ.....จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา.....ปีการศึกษา.....จำนวนเงิน.....บาท รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)
ได้แนบเอกสารประกอบรวมฉบับ (สำเนาทะเบียนบ้านบิดา, มารดา, บุตร, ทะเบียนสมรส, หนังสือรับรองบุตร, หลักฐานแสดงการเป็นนักเรียนฯ หนังสือแจ้งการใช้สิทธิ, สูติบัตร, หนังสือตอบรับการแจ้งการใช้สิทธิและหลักฐานอื่นที่จำเป็น)

๕. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่องเงินทุนสนับสนุนการศึกษาแก่บุตรข้าราชการ และลูกจ้างประจำกรุงเทพมหานคร ซึ่งบุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการสนับสนุนตามข้อบัญญัตินี้ และข้าพเจ้าเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินดังกล่าวแต่เพียงฝ่ายเดียว การขอรับเงินครั้งนี้เป็นรายการที่ไม่เคยเบิกมาก่อนจริง

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินทุนสนับสนุน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๖. คำรับรองผู้บังคับบัญชา

เสนอ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย
ข้าพเจ้า.....
ตำแหน่ง.....
ได้ตรวจใบขอรับเงินทุนสนับสนุนการ
ศึกษาบุตรฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้ขอรับเงินมีสิทธิ
ตามข้อบัญญัตินี้ ตามจำนวนที่ขอรับ

(ลงชื่อ).....
(.....)

๗. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๘. ใบรับเงิน

ได้รับเงินทุนสนับสนุนการศึกษาบุตร จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....) (.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)