

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า	ตำแหน่ง
	สังกัด	โทร
2.	คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ	
	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ	
	<input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง	สังกัด
	<input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ / หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด	
	ตำแหน่ง	สังกัด
3.	ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก	
	<input type="checkbox"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย	
	<input type="checkbox"/> เป็นมารดา	
4.	ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้	
	(1) เงินบำรุงการศึกษา	(2) เงินค่าเล่าเรียน
1)	บุตรชื่อ	เกิดเมื่อ
	เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)	เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)
	(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่	
	ชื่อ	เกิดเมื่อ
	ชื่อ	ถึงแก่กรรมเมื่อ
	สถานศึกษา	อำเภอ
	จังหวัด	
	ชั้นที่ศึกษา	(1) <input type="checkbox"/>
		(2) <input type="checkbox"/> จำนวน
		บาท
2)	บุตรชื่อ	เกิดเมื่อ
	เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)	เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)
	(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่	
	ชื่อ	เกิดเมื่อ
	ชื่อ	ถึงแก่กรรมเมื่อ
	สถานศึกษา	อำเภอ
	จังหวัด	
	ชั้นที่ศึกษา	(1) <input type="checkbox"/>
		(2) <input type="checkbox"/> จำนวน
		บาท
3)	บุตรชื่อ	เกิดเมื่อ
	เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)	เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)
	(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่	
	ชื่อ	เกิดเมื่อ
	ชื่อ	ถึงแก่กรรมเมื่อ
	สถานศึกษา	อำเภอ
	จังหวัด	
	ชั้นที่ศึกษา	(1) <input type="checkbox"/>
		(2) <input type="checkbox"/> จำนวน
		บาท

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน บาท
(.....) ก

6. เสนอ ข

ข้าพเจ้าผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร และข้อความ
ที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง

บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
แต่เพียงฝ่ายเดียว

คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น
กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ
จำนวน บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

รับคำสั่ง ผอ.อผศ. (ลงชื่อ)

(..... นางนังอร มีชนอน)

ตำแหน่ง ผอ.ฝปช.

8. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก ให้ระบุงการมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ข ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

คำรับรองของผู้ใช้สิทธิเบิกเงินสวัสดิการพนักงาน

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () สำหรับบุคคลที่ไม่มีสิทธิรับเงินสวัสดิการ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังต่อไปนี้ ไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาลและค่าการศึกษาบุตร จากส่วนราชการ, รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

- () 1. ข้าพเจ้า
- () 2. บิดา มารดา
- () 3. พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน
- () 4. สามเณรหรือภรรยา
- () 5. บุตร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากมีเจตนาหรือพยายามจะใช้สิทธิโดยไม่สุจริต ยินยอมให้องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกเรียกเงินคืนและให้ลงโทษทางวินัย

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....