**แบบฟอร์มคำขอรับเงินสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล**

**โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่อง 🞏 พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

|  |
| --- |
| 1. ข้าพเจ้า ......................................................................................... ตำแหน่ง ....................................................................   สังกัด ....................................................... วิทยาลัยสหวิทยาการ มธ.ท่าพระจันทร์ ..........................................................  สายงาน 🞏 ข้าราชการ 🞏 พนักงานมหาวิทยาลัย 🞏 ลูกจ้างประจำ 🞏 ลูกจ้างชั่วคราว (งบพิเศษ)  🞏 พนักงานเงินรายได้   1. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ   🞏 ข้าพเจ้า 🞏 คู่สมรส ชื่อ ...............................................................................  🞏 บิดา ชื่อ ...................................................................... 🞏 มารดา ชื่อ ...................................................................  🞏 บุตร ชื่อ ...................................................................... เกิดเมื่อ .............................................................................  เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) .............................................. เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) ........................................  🞏 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  🞏 เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว  🞏 เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย  ป่วยเป็นโรค .......................................................................................... ได้รับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)  โรงพยาบาล / คลินิก / โพลีคลินิก .....................................................................................................................................  ตั้งแต่วันที่ .............. เดือน ................................ พ.ศ. ...................  และออกจากสถานพยาบาล ตั้งแต่วันที่ .............. เดือน ................................ พ.ศ. ...................   1. ข้าพเจ้าขอรับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ....................................................... บาท   (............................................................................................)   1. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขออนุมัติรับเงินสวัสดิการ คือ   🞏 (1) ใบเสร็จรับเงิน  🞏 (2) สำเนาใบเสร็จรับเงิน กรณีเบิกเงินเพิ่มจากเงินงบประมาณแผ่นดิน หรือเบิกจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้  🞏 (3) ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารักษาพยาบาลใน คลินิก / โพลีคลินิก   1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ   ลงชื่อ ......................................................... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  วันที่ ............. เดือน ................................... พ.ศ. ................. |
| 1. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้ ........................................... บาท   เบิกครั้งก่อน เบิกครั้งนี้ คงเหลือ  .......................... ........................... ...........................  ลงชื่อ .......................................................... ผู้รับรอง  งานงบประมาณ |
| 1. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา   เสนอ คณบดีวิทยาลัยสหวิทยาการ (ผ่านรองคณบดีฝ่ายบริหาร)  ข้าพเจ้า .......... อาจารย์ ดร.ณัฐพล แสงอรุณ .......... ตำแหน่ง ............. รองคณบดีฝ่ายบริหาร ………….  ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิ์เบิกได้เป็นเงิน ตามจำนวนที่ขอเบิก และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกประการ    ลงชื่อ .............................................................................  ( อาจารย์ ดร.ณัฐพล แสงอรุณ )  ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายบริหาร  วันที่ ............. เดือน ................................... พ.ศ. .................... |
| 1. คำขออนุมัติ   อนุมัติให้เบิกจ่าย  ลงชื่อ ............................................................................. อนุมัติ  ( รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา สังขวรรณ )  ตำแหน่ง คณบดีวิทยาลัยสหวิทยาการ  วันที่ ............. เดือน ................................... พ.ศ. .................... |
| 1. ใบรับเงิน   ได้รับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล จำนวน .................................บาท (..............................................................................) ไปถูกต้อง    ลงชื่อ ............................................................................. ผู้รับเงิน  (............................................................................)  ลงชื่อ ............................................................................. ผู้จ่ายเงิน  (............................................................................)  วันที่ ............. เดือน ................................... พ.ศ. ....................  ( ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น ) |