



คำขอรับสวัสดิการเสียชีวิต

เขียนที่ กองทุนตะกาฟูลาฯ สหกรณ์อิสลามชะกอพะฮ์ จำกัด
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินสวัสดิการเสียชีวิต

เรียน ประธานกองทุนตะกาฟูลาฯ สหกรณ์อิสลามชะกอพะฮ์ จำกัด

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _ - _ - _ - _ -
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินสวัสดิการ ประเภทเสียชีวิต ของสมาชิก ชื่อ - สกุล.....
เลขที่สมาชิก.....สาขา.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ผู้ยื่นคำขอหรือผู้รับผลประโยชน์มีความสัมพันธ์เป็น ของสมาชิกผู้เสียชีวิต

ข้อมูลรายการดังนี้

- บัญชีทุนเรือนหุ้นเลขที่.....สิ้นสุด ณ วันที่.....จำนวนคงเหลือ.....บาท
- เงินรับฝากมูรอรอบะฮ์เลขที่.....สิ้นสุด ณ วันที่.....จำนวนคงเหลือ.....บาท
- เงินรับฝากวาดีอะฮ์เลขที่.....สิ้นสุด ณ วันที่.....จำนวนคงเหลือ.....บาท
- เงินรับฝากฮัจญ์และอุมเราะฮ์.....สิ้นสุด ณ วันที่.....จำนวนคงเหลือ.....บาท
- เงินรับฝากเพื่อการศึกษา.....สิ้นสุด ณ วันที่.....จำนวนคงเหลือ.....บาท
- อื่นๆ.....สิ้นสุด ณ วันที่.....จำนวนคงเหลือ.....บาท

รวมจำนวนทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบ ดังนี้

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์และผู้เสียชีวิต | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิต |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของทายาทผู้ทำการแทนผู้จัดการมรดก | <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานอื่น..... | |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

บันทึกเจ้าหน้าที่สหกรณ์

- วันที่สมัครเข้าเป็นสมาชิก ระบุ.....สมาชิก มีอายุสมาชิก.....เดือน
- รับเงินสวัสดิการยามชรา อายุ.....ปี รับไปเมื่อวันที่.....
จำนวนเงิน.....บาท (.....)
- ครั้งนี้ควรได้รับเงินจำนวน.....บาท (.....)

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)

บันทึกผู้ตรวจสอบ เห็นควรอนุมัติ ไม่เห็นควรอนุมัติ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

.....
.....
.....

.....
.....
.....

ลงชื่อ
(.....)

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

* เงื่อนไข การขอรับเงินสวัสดิการขอสหกรณ์ฯ โปรดยื่นภายในกำหนดเก้าสิบวัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิ์ *