

ที่ นอ.

แบบ พงด. 02

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรของพนักงานเงินรายได้

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) พิรบมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1 ข้าพเจ้า ..... รหัสบุคคลากร ..... ตำแหน่ง .....  
 สังกัด ..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร. ....

2 คู่สมรสของข้าพเจ้า ชื่อ .....

- ( ) ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ  
 ( ) เป็นข้าราชการ ( ) ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง .....  
 สังกัด .....  
 ( ) เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการหรือของราชการส่วนท้องถิ่น  
 ตำแหน่ง ..... สังกัด .....  
 ( ) เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในธุรกิจส่วนตัว

## 3 กรณีได้ใช้สิทธิในฐานะสามี

- ( ) บุตรอยู่ในความป่วยครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสกันตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว  
 ( ) บุตรอยู่ในความอุปการะของข้าพเจ้า เมื่อจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าตามกฎหมาย

## 4 ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินค่าเล่าเรียนสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้

|                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 1 บุตรชื่อ .....   | เกิดเมื่อ .....           |
| สถานศึกษา .....    | อำเภอ ..... จังหวัด ..... |
| ชั้นที่ศึกษา ..... | จำนวนเงิน ..... บาท       |

|                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 2 บุตรชื่อ .....   | เกิดเมื่อ .....           |
| สถานศึกษา .....    | อำเภอ ..... จังหวัด ..... |
| ชั้นที่ศึกษา ..... | จำนวนเงิน ..... บาท       |

|                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 3 บุตรชื่อ .....   | เกิดเมื่อ .....           |
| สถานศึกษา .....    | อำเภอ ..... จังหวัด ..... |
| ชั้นที่ศึกษา ..... | จำนวนเงิน ..... บาท       |

## 5 ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร

- |                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| ( ) เท็มจำนวน       | เป็นเงิน ..... บาท    |
| ( ) ครึ่งจำนวน      | เป็นเงิน ..... บาท    |
| ( ) เฉพาะส่วนที่ขาด | เป็นเงิน ..... บาท    |
|                     | รวมเป็นเงิน ..... บาท |

## 6 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- ( ) ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับเงินป่วยเหลือตามประกาศกองทุนพนักงานเงินรายได้ เรื่อง การจัดสรรสิทธิการพนักงานเงินรายได้ พ.ศ. 2565
- ( ) สามีของข้าพเจ้ามีได้ใช้สิทธิ์ขอรับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานที่สังกัด
- ( ) คุณสมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากธุรกิจหรือหน่วยงานส่วนราชการหรือของราชการส่วนท้องถิ่น ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับตามสิทธิ์ที่พึงได้ จำนวน ..... บาท จริง

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

( ..... )

วันที่ ..... .

เรียน .....

ตรวจสอบสิทธิการเบิกจ่ายแล้วถูกต้องตามที่ระบุข้างหน้า

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

(เจ้าหน้าที่สำนักวิชา/หน่วยงาน)

## 7 คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

ตรวจสอบสิทธิและการเบิกจ่ายแล้วผลอนุมัติถูกต้อง

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

( ..... )

ตำแหน่ง .....

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

วันที่ .....

(ผู้มีอำนาจอนุมัติเบิกจ่าย)

(เจ้าหน้าที่งานคลัง)

## ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร จำนวน ..... บาท

( ..... ) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน

( ..... )