



ประกาศการណาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แบบใบสำคัญรับเงินและแบบสัญญาการชดใช้เงินคืน

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ (๔) และ ข้อ ๔๘ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการการណาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ ดำเนินการการណาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๓ การการណาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

- ข้อ ๑ ใบสำคัญรับเงิน ให้ใช้ตามแบบ ฅกส.๖ แบบท้ายประกาศนี้
- ข้อ ๒ สัญญาการชดใช้เงินคืน ให้ใช้ตามแบบ ฅกส.๗ แบบท้ายประกาศนี้
- ข้อ ๓ ประกาศนี้มีให้ใช้บังคับกับบุคคลที่ได้ทำและยื่นใบสำคัญรับเงินและสัญญาการชดใช้เงินคืนก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ
- ข้อ ๔ ประกาศนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓


(นายสุขุม กาญจนพิมาย)
ประธานกรรมการ ฅกส.



ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขที่บัตรประจำตัว

ประชาชน เลขที่.....ออกโดย.....

วันออกบัตร.....วันบัตรหมดอายุ.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

 ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ผู้จัดการศพ ผู้รับมอบอำนาจจาก.....ตามหนังสือมอบอำนาจ

ลงวันที่.....

 ผู้แทนโดยชอบธรรมในฐานะเป็น บิดา มารดา ของ..... ผู้ปกครองผู้เยาว์ตามคำสั่งศาลของ..... อื่น ๆ.....ได้รับ เงินสงเคราะห์ เงินค่าจัดการศพ ของ.....สมาชิกประเภท สามัญ สมทบ เลขทะเบียน.....

เป็นจำนวนเงิน.....บาท.....สตางค์ (.....)

ตาม เช็คนาคาร.....เลขที่..... โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....

สาขา.....ชื่อบัญชี.....เลขที่.....

เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

ตัวบรรจง (.....)

ในกรณีที่ผู้รับเงินสงเคราะห์ไม่สามารถลงลายมือชื่อข้างต้นได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ แกดไต ตราประทับ หรือเครื่องหมายอื่นทำนองเช่นว่านั้น แทนการลงลายมือชื่อของผู้รับเงินสงเคราะห์ได้และต้องมีพยานผู้รับรอง ๒ คน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าลายพิมพ์นิ้วมือ แกดไต ตราประทับ หรือเครื่องหมายอื่นทำนองเช่นว่านั้นเป็นของ

.....ผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ฉบับนี้จริง

ลงชื่อ.....พยานผู้รับรอง

ลงชื่อ.....พยานผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

ตัวบรรจง (.....)



สัญญาการชดใช้เงินคืน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ออกโดย.....วันที่ออกบัตร.....วันบัตรหมดอายุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

- ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
- ผู้จัดการศพ
- ผู้แทนโดยชอบธรรมในฐานะ บิดา มารดา ของ
- ผู้ปกครองผู้เยาว์ตามคำสั่งศาลของ
- ผู้รับมอบอำนาจจาก.....ตามหนังสือมอบอำนาจ
ลงวันที่.....

อื่น ๆ

ขอทำสัญญาการชดใช้เงินคืนให้ไว้แก่ฉกส.๗ของกระทรวงสาธารณสุข (ฉกส.) ดังมีข้อความต่อไปนี้

ข้อ ๑. ตามที่ข้าพเจ้าได้ยื่นเรื่องขอรับ เงินสงเคราะห์ เงินค่าจัดการศพ ของ

.....สมาชิก ประเภท สามัญ สมทบ เลขทะเบียน.....

ซึ่งถึงแก่ความตายเมื่อวันที่.....ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิรับเงินดังกล่าว ตามข้อบังคับ

การฃาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๒. ถ้าหากภายหลังปรากฏว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินตามข้อ ๑ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่ได้รับไป โดยไม่มีสิทธิ หรือในส่วนที่ได้รับไปเกินสิทธิคืนให้แก่ ฉกส. ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก ฉกส. หากพ้นกำหนด ระยะเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ผิดนัดและยินยอมเสียดอกเบี้ยให้อัตราที่กฎหมายกำหนด

ข้อ ๓. ถ้าข้าพเจ้าไม่ชดใช้เงินคืน ข้าพเจ้ายินยอมให้ ฉกส. ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้อ ๔. ข้าพเจ้าอ่านและเข้าใจข้อความในสัญญานี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือให้ไว้เป็น สำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้สัญญา

ตัวบรรจง (.....)

ลงชื่อ.....พยาน

ตัวบรรจง (.....)

ลงชื่อ.....พยาน

ตัวบรรจง (.....)