

แบบฟอร์ม
รายชื่อผู้มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการ
ค่ารักษาพยาบาลและเงินช่วยการศึกษาของบุตร

ชื่อ ตำแหน่ง กอง

ชื่อบิดา อาชีพ

ชื่อมารดา อาชีพ

ชื่อคู่สมรส อาชีพ

ลำดับที่	รายชื่อบุตร	วัน เดือน ปี เกิด	ชื่อสถานศึกษา	ศึกษาชั้น	อายุครบ 25 ปี	หมายเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวนี้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ

1. บิดา มารดา ต้องเป็นบิดามารดาโดยกำเนิดเท่านั้น มิได้มีความหมายครอบคลุมไปถึง บิดา มารดาผู้รับบุตรบุญธรรมด้วย
2. บุตร ต้องเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม หรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่นแล้ว