

แบบขอรับเงินทำขวัญข้าราชการและลูกจ้าง

สำหรับส่วนราชการเจ้าสังกัดหรือจังหวัด

ที่ / ชื่อหน่วยงาน

วันที่

เรื่อง ขอรับเงินทำขวัญ
เรียน อธิบดีกรมบัญชีกลาง

ข้าพเจ้า..... (1) ตำแหน่ง..... ได้ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องแล้ว
ขอรับรองว่า..... (2) เป็นผู้มิลิทธิได้รับเงินทำขวัญตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินทำขวัญข้าราชการและลูกจ้าง พ.ศ. 2546
โปรดพิจารณาจ่ายเงินทำขวัญให้แก่ผู้ขอรับเงินทำขวัญ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... (1)
(.....)
ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ)..... (3) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
(.....)
โทร.....

สำหรับผู้ขอ

ข้าพเจ้า ยศ..... คำนำน้า..... ชื่อ-นามสกุล.....
ตำแหน่ง..... เลขประจำตัวประชาชน

ประเภทการขอ 08 <input type="checkbox"/> เงินทำขวัญ	สถานภาพผู้ขอ 1 <input type="checkbox"/> ข้าราชการสามัญ 2 <input type="checkbox"/> ข้าราชการวิสามัญ 3 <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ 4 <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง.....	กรณีที่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บ <input type="checkbox"/> ถูกประทุษร้าย
---	---	---

วันเดือนปีที่ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บ / /	อัตราเงินเดือนค่าจ้าง 73 <input type="checkbox"/> เงินเดือน <input type="checkbox"/> เดือนละ บาท 74 <input type="checkbox"/> ค่าจ้าง <input type="checkbox"/> เดือนละ บาท <input type="checkbox"/> วันละ บาท <input type="checkbox"/> ชั่วโมงละ บาท
---	---

ส่วนราชการที่สังกัด (4) ชื่อหน่วยงานผู้เบิก..... กรม..... กระทรวง..... จังหวัด.....	ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ชื่อธนาคาร..... สาขา..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ประเภท (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน).....
---	--

พฤติการณ์ที่ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บหรือถูกประทุษร้าย (5)

.....

.....

.....

สภาพความสูญเสียที่ได้รับ

1 <input type="checkbox"/> แขนขาด 1 ข้าง	10 <input type="checkbox"/> นิ้วกลางขาด 1 นิ้ว
2 <input type="checkbox"/> ขาขาด 1 ข้าง	11 <input type="checkbox"/> นิ้วนางขาด 1 นิ้ว
3 <input type="checkbox"/> มือขาด 1 ข้าง	12 <input type="checkbox"/> นิ้วก้อยขาด 1 นิ้ว
4 <input type="checkbox"/> เท้าขาด 1 ข้าง	13 <input type="checkbox"/> นิ้วหัวแม่เท้าขาด 1 นิ้ว
5 <input type="checkbox"/> สูญเสียลูกตา 1 ข้าง	14 <input type="checkbox"/> นิ้วเท้าอื่นขาด 1 นิ้ว
6 <input type="checkbox"/> หูหนวก 2 ข้าง	15 <input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์หรือความสามารถในการสืบพันธุ์
7 <input type="checkbox"/> หูหนวก 1 ข้าง	16 <input type="checkbox"/> สูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็น
8 <input type="checkbox"/> นิ้วหัวแม่มือขาด 1 นิ้ว	99 <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
9 <input type="checkbox"/> นิ้วชี้ขาด 1 นิ้ว	