

4. เสนอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบติดใบเสร็จ

จำนวนใบเสร็จ.....ฉบับ เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบเสร็จรับเงินฉบับนี้ มี
สิทธิเบิกได้ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับ
ที่) พ.ศ. 2528 และอายุใบเสร็จไม่เกิน 1 ปี นับจากวันที่ชำระเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ (เจ้าหน้าที่การเงินโรงเรียน)

(.....)