

ใบเบิกเงินสวัสดิการการศึกษาบุตรพนักงานมหาวิทยาลัย

1. ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบิก)

รหัสบุคคล..... โทรศัพท์.....

1.1 ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัด
(ภาควิชา/งาน และส่วนงานที่สังกัด)

รหัสประจำตัวพนักงาน เลขประจำตัวประชาชน

1.2 ข้าพเจ้าเลือกสวัสดิการการรักษาพยาบาล แบบ 1. หักเงินเดือน 10% (เบิกได้ 200,000 บาท ต่อปี)

1.3 ข้าพเจ้ารับรองว่า

- 1) ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกสวัสดิการการศึกษาบุตรตามข้อบังคับฯ/ประกาศและระเบียบที่กำหนดและขอใช้สิทธิเนื่องจาก
- ☐ เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย ☐ บุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการสิ้นสุดของการสมรส
- ☐ เป็นมารดา ☐ บุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้าเนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าตามกฎหมาย
- 2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิเบิกสวัสดิการการศึกษาบุตรจากสิทธิข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิอื่น

1.4 ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตรดังนี้

- 1) บุตร ชื่อ เกิดเมื่อ
เป็นบุตรลำดับที่ ของบิดา เป็นบุตรลำดับที่ ของมารดา
กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว เป็นการแทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ
เกิดเมื่อ ถึงแก่กรรมเมื่อ
สถานศึกษา ชื่อ อำเภอ จังหวัด
ชั้นที่ศึกษา จ่ายเป็น ☐ เงินบำรุงการศึกษา ☐ เงินค่าเล่าเรียน จำนวนเงิน บาท
- 2) บุตร ชื่อ เกิดเมื่อ
เป็นบุตรลำดับที่ ของบิดา เป็นบุตรลำดับที่ ของมารดา
กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว เป็นการแทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ
เกิดเมื่อ ถึงแก่กรรมเมื่อ
สถานศึกษา ชื่อ อำเภอ จังหวัด
ชั้นที่ศึกษา จ่ายเป็น ☐ เงินบำรุงการศึกษา ☐ เงินค่าเล่าเรียน จำนวนเงิน บาท
- 3) บุตร ชื่อ เกิดเมื่อ
เป็นบุตรลำดับที่ ของบิดา เป็นบุตรลำดับที่ ของมารดา
กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว เป็นการแทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ
เกิดเมื่อ ถึงแก่กรรมเมื่อ
สถานศึกษา ชื่อ อำเภอ จังหวัด
ชั้นที่ศึกษา จ่ายเป็น ☐ เงินบำรุงการศึกษา ☐ เงินค่าเล่าเรียน จำนวนเงิน บาท

1.5 ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

- ☐ เต็มจำนวน เป็นเงิน บาท
- ☐ ครึ่งจำนวน เป็นเงิน บาท
- ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาด เป็นเงิน บาท

ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเงินไปจากสิทธิที่พึงได้ โดยยินยอมให้กองทุนฯ สวัสดิการระงับการเบิกจ่ายการศึกษาบุตรของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ตรวจสอบจากภาควิชา/หน่วยงาน (ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....) (.....)

วัน/เดือน/ปี วัน/เดือน/ปี

2. ส่วนของคณะ/สถาบันฯ

2.1 คำรับรอง

เรียน คณะบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการการศึกษาบุตรฉบับนี้แล้ว
ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามข้อบังคับฯ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด

จำนวนเงิน บาท (.....)

.....)

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ตรวจสอบใบเบิกสวัสดิการ

หัวหน้างานการเงินเจ้าหน้าที่ หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2.2 คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

คณะบดี/ผู้อำนวยการฯ

วัน/เดือน/ปี

3. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการการศึกษาบุตร จำนวนเงิน บาท (.....)

.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

(.....)

วัน/เดือน/ปี

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วัน/เดือน/ปี