



แบบขอรับเงินค่าทดแทน กองทุนเงินทดแทน
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
(กรณีทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะและได้รับบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการ)

สำหรับข้าราชการ พนักงานในสถาบันอุดมศึกษาหรือลูกจ้าง	
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....	
เรียน อธิการบดี	
ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... เลขประจำตัวประชาชน.....	
เป็น <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว.....	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... ตำแหน่ง.....	
สังกัด..... รับเงินเดือนหรือค่าจ้างครั้งสุดท้าย ชั้น..... บาท มีความประสงค์ขอรับเงินค่าทดแทนจากกองทุนเงินทดแทนในกรณี ดังนี้	
<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพ เป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)	
<input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะอันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการ ได้แก่	
1).....	
2).....	
เป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)	
<input type="checkbox"/> ได้รับบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการ ต้องเข้ารับการักษาประเภผู้ป่วยภายในของโรงพยาบาล..... เป็นเวลา.....วัน เป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)	
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเบิกจ่ายเงินค่าทดแทนให้แก่ข้าพเจ้าด้วย ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานใบรับรองแพทย์และหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว และขอรับรองว่าการขอเบิกเงินค่าทดแทนครั้งนี้ ถูกต้องตามระเบียบมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ว่าด้วย กองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2551 หากภายหลังมหาวิทยาลัยพบว่าข้าพเจ้ารับเงินค่าทดแทนโดยทุจริต ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินค่าทดแทนที่ได้รับไปทั้งหมด และให้มหาวิทยาลัยตัดสิทธิการได้รับความช่วยเหลือตามระเบียบดังกล่าวตลอดไป	
ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก (.....)	
โทร.....	
คำรับรองของผู้บังคับบัญชาของข้าราชการ พนักงานในสถาบันอุดมศึกษาหรือลูกจ้าง	
เรียน อธิการบดี	
ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....	
ได้ตรวจแบบคำขอรับเงินค่าทดแทนฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้ขอเบิกมีสิทธิได้รับเงินค่าทดแทนตามจำนวนที่ขอเบิกตามระเบียบมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชว่าด้วย กองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2551 ทุกประการ	
ลงชื่อ..... (.....)	
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....	

สำหรับเจ้าหน้าที่กองคลัง	
<p>เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง</p> <p>ตรวจสอบแบบขอรับเงินค่าทดแทนฉบับนี้แล้ว ข้าราชการ พนักงานในสถาบันอุดมศึกษาหรือลูกจ้างดังกล่าว มีสิทธิได้รับเงินค่าทดแทนในกรณี <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะอันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการ <input type="checkbox"/> ได้รับบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการ เป็นเงินจำนวน..... บาท (.....)</p> <p>จากกองทุนเงินทดแทน</p> <p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ (.....) วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....</p>	
ความเห็นหัวหน้างาน / ผู้อำนวยการกองคลัง	ความเห็นผู้มีอำนาจอนุมัติ
<p>เห็นควรอนุมัติให้จ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....</p>	<p>อนุมัติ</p> <p>ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....</p>
ใบรับเงิน	
<p>ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ได้รับเงินค่าทดแทนจำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (.....)</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p>	