

แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคารสิทธิครูเอกชน

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการกองทุนสงเคราะห์ กระทรวงศึกษาธิการ

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล).....ตำแหน่ง.....
 ชื่อสถานพยาบาล.....รหัสหน่วยงาน.....
 บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 เบอร์โทรศัพท์.....เลขประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....

มีความประสงค์จะรับเงินทุกประเภท จากการกองทุนสงเคราะห์ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร

.....ประเภท.....รหัสสาขา.....

สาขา.....ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี.....

ประทับตรา (ถ้ามี) ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
 (.)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

1. การลงนาม ในแบบฟอร์มนี้ต้องเป็นผู้อำนวยการ/รักษาการผู้อำนวยการ หรือผู้มีอำนาจ เท่านั้น พร้อมประทับตราของผู้ลงนาม หรือตราของ รพ.
2. กรณีบัญชีเงินฝากธนาคารของสถานพยาบาล เป็นประเภทออมทรัพย์ ให้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
3. กรณีบัญชีเงินฝากธนาคารของสถานพยาบาล เป็นประเภทกระแสรายวัน ให้แนบสำเนาหน้า statement หรือสำเนาเอกสารอื่น ๆ ที่มีเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีเงินฝากธนาคาร
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชี สำเนาหน้า statement หรือสำเนาเอกสารอื่น ๆ ที่มีเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีเงินฝากธนาคาร ขอให้สถานพยาบาลรับรองสำเนาถูกต้องพร้อมประทับตราสถานพยาบาล และระบุชื่อเบอร์โทรศัพท์ ของเจ้าหน้าที่ที่สามารถติดต่อประสานงานได้
5. สถานพยาบาลสามารถตรวจสอบการโอนเงินและดาวน์โหลดเอกสารแจ้งการโอนเงินคำรักษาพยาบาลที่เบิกผ่านระบบเบิกจ่ายตรง ได้ที่เว็บไซต์ www.Aidfunds.org หรือติดต่อเบอร์โทรศัพท์ 022829577 โดยกองทุนสงเคราะห์ กระทรวงศึกษาธิการ จะมีการส่งเอกสารการแจ้งโอนเงิสดังกล่าวให้สถานพยาบาลทาง E-mail. ที่โรงพยาบาลแจ้งไว้
6. ให้สถานพยาบาลส่งแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร พร้อมสำเนาหน้าสมุดบัญชี มายัง ผู้อำนวยการกองทุนสงเคราะห์ กระทรวงศึกษาธิการ กองทุนสงเคราะห์ เลขที่ 319 อาคารสมานฉันท์ ชั้น 1 ถ. ราชดำเนินนอก แขวงดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300