(กฌ.ตร.๕)

ใบขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์การฌาปนกิจสงเคราะห์ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

เขียนที่ ....

วันที่ ....

เรียน ....

(ผู้บังคับบัญชาหน่วยงานต้นสังกัดของสมาชิกที่ขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์)

ข้าพเจ้า .... โทร. (มือถือ) ....

ชื่อ – ชื่อสกุล เดิม (ถ้ามี) .... เป็นสมาชิกประเภท ☐ สามัญ ☐ สมทบ

หมายเลขทะเบียนสมาชิก |__|__|__|__|__|__|__|__|__| หมายเลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ โดยยกเลิกรายชื่อที่ระบุไว้เดิมทั้งหมด และขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ใหม่ตามลำดับก่อนหลัง ดังนี้

ลำดับ ๑ มอบให้ ดังนี้

๑. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

๒. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

๓. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

๔. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

๕. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

๖. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

ลำดับ ๒ มอบให้กรณีผู้มีสิทธิรับเงินลำดับ ๑ เสียชีวิตก่อนข้าพเจ้าทั้งหมด

๑. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

๒. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

๓. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

ลำดับ ๓ มอบให้กรณีผู้มีสิทธิรับเงินลำดับ ๒ เสียชีวิตก่อนข้าพเจ้าทั้งหมด

๑. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

๒. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

๓. .... เกี่ยวข้องเป็น ....
เลขประจำตัวประชาชน |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ที่อยู่ ....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

(ลงชื่อสมาชิก) ....

(....)

(ตำแหน่ง) ....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ขอรับรองว่าสมาชิกมีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ใหม่ ตามที่ระบุไว้ดังกล่าวข้างต้น และเป็นลายมือชื่อของสมาชิกจริง

(ลงชื่อ) ....

(....)

(ตำแหน่ง) ....

(วันที่) .... / .... / ....

หมายเหตุ

๑. สมาชิกประจำการ ต้องมีผู้บังคับบัญชาตั้งแต่ระดับ สว. หรือเทียบเท่าขึ้นไปรับรอง
๒. สมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบนอกประจำการ ต้องมีนายตำรวจชั้นสัญญาบัตรเป็นผู้รับรอง
๓. ให้ต้นสังกัดนำส่งฉบับจริงไปยัง สก. ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ผู้บังคับบัญชาลงนาม พร้อมเก็บคู่ฉบับไว้ที่ ก.พ.๗ ของสมาชิก
๔. ห้ามขูด ลบ ขีด ฆ่า กรณีมีความจำเป็นต้องแก้ไขข้อความให้ขีดฆ่าแล้วให้สมาชิกลงลายมือชื่อกำกับ
๕. กรณีสมาชิกไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวาแทน โดยให้ผู้บังคับบัญชาลงนามรับรองด้วยว่า "เป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวาของสมาชิกจริง และขณะพิมพ์ลายนิ้วมือสมาชิกมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์"