



เลขที่.....

แบบฟอร์มขอเบิกค่าพวงหรีด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส..... ตำแหน่ง.....

ขอเบิกค่าพวงหรีดซึ่งเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร

บุคลากรมหาวิทยาลัย อื่นๆ..... ของนาย/นาง/น.ส.....

ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่..... ตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร เรื่อง หลักเกณฑ์การ
จ่ายเงินและอัตราการจ่ายเงินสวัสดิการแก่บุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งประกาศ
ณ วันที่ ๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ให้เบิกเป็นค่าพวงหรีดตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละหรือรายละ ๑,๐๐๐.- บาท
(หนึ่งพันบาทถ้วน)

ผู้ขอเบิก ได้แนบใบเสร็จรับเงิน เลขที่.....จำนวน.....บาท มาพร้อมหนังสือ
นี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อผู้ขอเบิกเงิน
(นาย/นาง/น.ส.)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(นาย/นาง/น.ส.)

หมายเหตุ ทั้งนี้ให้แนบเอกสารประกอบการเบิกดังนี้

- ๑ .บิลเงินสดร้านค้า
๒. สำเนาใบมรณบัตร ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประชาชนผู้เสียชีวิต ๑ ฉบับ