



มูลนิธิอาสาสมัครรักษาดินแดน ในพระบรมราชูปถัมภ์

1277/1 ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน
เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0-2278-1008 ต่อ 401
โทรสาร 0-2126-6557

แบบขอรับความช่วยเหลือกรณีสมาชิก อส.เสียชีวิต หรือได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่

ของ

มูลนิธิอาสาสมัครรักษาดินแดน ในพระบรมราชูปถัมภ์

๑. ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

๑.๑ ประวัติผู้เสียชีวิต หรือได้รับบาดเจ็บ

ยศ ชั้น..... ชื่อ..... นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....อายุ.....ปี
ปฏิบัติหน้าที่ตามคำสั่ง.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

๑.๒ สาเหตุการเสียชีวิต หรือได้รับบาดเจ็บ

() เสียชีวิต เนื่องจาก.....
.....สถานที่เกิดเหตุ.....
.....เมื่อวันที่.....
() ได้รับบาดเจ็บ เนื่องจาก.....
.....สถานที่เกิดเหตุ.....
.....เมื่อวันที่.....
ปัจจุบันรักษาตัวอยู่ที่.....

๒. ความต้องการของผู้ขอรับความช่วยเหลือ

๒.๑ ชื่อ (นาย นาง นางสาว ระบุให้ชัดเจน)..... นามสกุล.....
มีความเกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิต โดยเป็น.....
๒.๒ ความประสงค์ในการขอรับความช่วยเหลือจากมูลนิธิอาสาสมัครรักษาดินแดนฯ โดยให้จัดส่งเงินโดยตัวแลกเงินธนาคาร/
ธนาณัติไปรษณีย์ ส่งจ่ายในนาม.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความที่บันทึกนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

๓. คำรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

.....
.....
.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

๔. คำรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับจังหวัด (ชั้นปลัดจังหวัดขึ้นไป)

.....
.....
.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....