



## แบบขอรับความช่วยเหลือสวัสดิการกีฬา สมทบการรักษาพยาบาล



เรียน ผู้จัดการกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....  
 ปัจจุบันอายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 หมายเลขโทรศัพท์ .....โทรศัพท์มือถือ.....  
 บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

ขอยื่นขอรับสวัสดิการให้แก่ตนเองในฐานะ

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> นักกีฬา ชนิดกีฬา.....     | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า ๑ ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> บุคลากรกีฬา ชนิดกีฬา..... | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้ครั้งแรก | <input type="checkbox"/> ขอสวัสดิการเรื่องนี้มากกว่า ๑ ครั้ง |

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ

๑.  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๒.  สำเนาทะเบียนบ้าน
๓.  หนังสือรับรองเป็นนักกีฬาทีมชาติจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทยเท่านั้น
๔.  หนังสือรับรองสถานะนักกีฬาสังกัดสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดเท่านั้น (กรณีมีใช้นักกีฬาทีมชาติ)
๕.  หนังสือนำส่งขอรับความช่วยเหลือจากสมาคมกีฬาแห่งประเทศไทย หรือสมาคมกีฬาแห่งจังหวัด
๖.  แบบกรอกประวัตินักกีฬา/บุคลากรกีฬาฯ (แบบ สก.๓)
๗.  เอกสารทางการแพทย์กรณีมีปัญหาด้านสุขภาพ (เช่น ใบรับรองแพทย์ เป็นต้น)
๘.  อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไข  
 ที่คณะกรรมการกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....  
 (.....)

ความเห็นของสมาคมกีฬา / กกท.จังหวัด (ถ้ามี).....  
 .....

ลงชื่อ.....  
 (.....)

ตำแหน่ง .....