

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลตำบลโคกชะงาย

ทต.โคกชะงาย

ที่ 05/2560

วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2560

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลโคกชะงาย

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลตำบลโคกชะงาย ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการอาสาสมัครสายใยรักแห่งครอบครัว ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน รพ.สต.บ้านทุ่งยาว จำนวน 7,575.00 บาท (เจ็ดพันห้าร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน รพ.สต.บ้านทุ่งยาว มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 7,575.00 บาท (เจ็ดพันห้าร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบเอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน สถานีอนามัยบ้านทุ่งยาว จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก
(นางปิยะวรรณ เกษรสวัสดิ์)
ตำแหน่ง _____
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 221,167.82 บาท (สองแสนสองหมื่นหนึ่งพันหนึ่งร้อยหกสิบบาทแปดสิบบองสตางค์)

ลงชื่อ _____
(นางสาววรรณมา พันเศษ)
หัวหน้าฝ่ายปกครอง

วันที่ 27 ก.พ. 2560

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 7,575.00 บาท

ลงชื่อ _____
(นางสาวกาญจนา พูลเพิ่ม)
นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

วันที่ 27 ก.พ. 2560

เรียน นายก
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 7,575.00 บาท

ลงชื่อ _____
(นางลัญจนา คงสุวรรณ)
ปลัดเทศบาลตำบลโคกชะงาย

วันที่ 27 ก.พ. 2560

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 7,575.00 บาท

ลงชื่อ _____
(นายเสถียร ธรรมเพชร)
นายก เทศมนตรีตำบลโคกชะงาย

วันที่ 27 ก.พ. 2560

จ่ายเป็น Δ เชื้อซีดีพร้อม/ตัวแลกเงิน/ธนาสมิตี Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท) Δ
ทางธนาคาร

ธนาคาร _____ ธกส
บัญชีเลขที่ _____ 010452597062
เลขที่เช็ค 14888282 ลงวันที่ _____
จำนวนเงิน 7,575.00 บาท (เจ็ดพันห้าร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)
จ่ายให้ สถานีอนามัยบ้านทุ่งยาว

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายเสถียร ธรรมเพชร)
ประธานกรรมการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพเทศบาลตำบลโคกชะงาย

ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางสาวสุธีธรรม ทองแก้ว)
ผู้อำนวยการกองคลัง

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 7,575.00 บาท

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (๑)
(นามธนาภรณ์ คณิศร)

ตำแหน่ง _____
ผอ.รพ. สต.บ้านทุ่งยาว

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (๒)
(_____)

ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 7,575.00 บาท

ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวกาญจนา พูลเพิ่ม)

ตำแหน่ง _____
นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

วันที่ 28 ก.พ. 2560

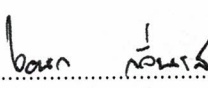
หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ
หมายเหตุ : ...

๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
๒. การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของราชการ
๔. หากมีเงินเหลือจากการดำเนินงานดังกล่าว ให้ส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลโคกชะงาย
๕. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลโคกชะงาย ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนกำหนด
๖. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลโคกชะงาย


กองทุนของสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมหนึ่งฉบับผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

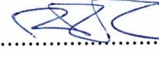
(ลงชื่อ)..... ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
(นายอเนก กลิ่นรส)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งยาว

(ลงชื่อ)..... ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม
(นายเสถียร ธรรมเพชร)

ประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลโคกชะงาย

(ลงชื่อ)..... พยาน
(นางลัญญา คงสุวรรณ)
ปลัดเทศบาล

(ลงชื่อ)..... พยาน
(นางสาววรรณฯ พันเศษ)
หัวหน้าฝ่ายปกครอง