



เลขที่.....


## ใบสำคัญรับเงิน


วันที่ ๑๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า..นาย น้อม..ชู เกื้อ...อยู่บ้านเลขที่..๕๔..หมู่ที่..๒..ตำบลคลองขุด..อำเภอเมืองสตูล.....จังหวัดสตูล...  
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด..ที่อยู่..๘๔๑ หมู่ที่..๒..ตำบลคลองขุด..อำเภอเมือง  
จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

| รายการ                                                                                                                                                                                                                                                                   | จำนวนเงิน |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|
| - ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการสานพลังชุมชน สด ละ เลิก บุหรี่ เหล้า หมู่ที่ ๕ บ้านนาแค โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุขหมู่ที่ ๕ บ้านนาแค) | ๒๐๐       | ๐๐ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | ๒๐๐       | ๐๐ |

จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน  
(นาย น้อม ชู เกื้อ)  
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน  
(นาง เกศวรางค์ สารบัญญัติ)  
หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข  
วันที่ ๑๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๕ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางสาวกาญจนา.....จันทร์กำเนิด.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ ๖.....ตำบล.....คลองขุด.....  
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด  
ที่อยู่..๘๙๑..หมู่ที่.๖..ตำบลคลองขุด..อำเภอเมือง..จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

| รายการ                                                                                                                                                                                                                                                                      | จำนวนเงิน |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|
| - ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการสานพลังชุมชน ลด ละ เลิก บุหรี่ เหล้า หมู่ที่ ๕ บ้านนาแค โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุขหมู่ที่ ๕ บ้านนาแค) | ๒๐๐       | ๐๐ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             | ๒๐๐       | ๐๐ |

จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ).....  
ผู้รับเงิน

(นางสาวกาญจนา จันทร์กำเนิด)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลคลองขุด(ลงชื่อ).....  
ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๑๕ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางเกศวรางค์..... สารบัญญัติ.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๕๑.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....บ้านควน.....  
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด  
ที่อยู่...๘๙๑..หมู่ที่.๖...ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ                                                                                                                                                                                                                                                                   | จำนวนเงิน |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|
| - ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการสานพลังชุมชน ลด ละ เลิก บุหรี่ เหล้า หมู่ที่ ๕ บ้านนาแค โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุขหมู่ที่ ๕ บ้านนาแค) | ๒๐๐       | ๐๐ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | ๒๐๐       | ๐๐ |

จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๑๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑