



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางดาราร..... ลีละหุด.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๘๐.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....คลองขุด.....  
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด  
ที่อยู่..๘๙๑..หมู่ที่..๖..ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุขหมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....นางดาราร ลีละหุด.....ผู้รับเงิน

(นางดาราร ลีละหุด)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางสมจิตร์..... จันทร์สุวรรณ.....อยู่บ้านเลขที่ ๔๙๘.....หมู่ที่ ๗.....ตำบล.....คลองขุด.....  
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด  
ที่อยู่ ๘๙๑..หมู่ที่ ๖..ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุขหมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางสมจิตร์ จันทร์สุวรรณ)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 12 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางสาวสุไรดา.....เล่นท์ทองคำ.....อยู่บ้านเลขที่.....๘๒๘.....หมู่ที่.....๗.....ตำบล.....คลองขุด.....อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ที่อยู่...๘๙๑..หมู่ที่.๖...ตำบลคลองขุด..อำเภอเมือง..จังหวัดสตูล.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเฮติคต หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุขหมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ)	๒๐๐	๐๐
จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท	๒๐๐	๐๐

(ลงชื่อ).....  
ผู้รับเงิน

(นางสาวสุไรดา เล่นท์ทองคำ)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....  
ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ 12 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑