

ใบเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลชะทาร์

ที่...๑/๒๕๖๐.....

วันที่.....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลชะทาร์

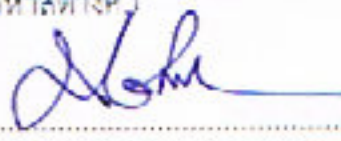
ตามที่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลชะทาร์ ได้อนุมัติโครงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะทาร์ ปี ๒๕๖๐ ให้มีประสิทธิภาพ..จำนวน..๑..โครงการให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลชะทาร์ จำนวน...๕๐,๒๕๘.๒๕...บาท นั้น กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลชะทาร์ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน.....๓,๐๐๐.....บาท เพื่อนำไปดำเนินการเป็นค่าตอบแทนประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพตำบลชะทาร์ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๐ ดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิก จำนวน.....๓.....ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน...นางสาวเข็มจิรา..บิลอาหาวา...จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ..........ผู้ขอเบิก

(นางสาวเข็มจิรา บิลอาหาวา)


ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความถูกต้องเห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ...๔๙,๙๕๘.๒๕...บาท(สี่หมื่นเก้าพันเก้าร้อยห้าสิบบแปดบาทยี่สิบห้าสตางค์)

ลงชื่อ..........ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ  
(นางสาวนารีมาศ เจ๊ะสนิ)

วันที่ .....

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลชะทาร์  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน.....๓,๐๐๐.....บาท

ลงชื่อ..........  
(นางสาวฟารีชา ลีลาอมระเดช)  
ผอ.กองคลัง (รับมอบหมาย)

วันที่.....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลชะทาร์

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวน.....๓,๐๐๐.....บาท

ลงชื่อ..........

(นายอับดุลกาติม แฉะ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลชะทาร์

วันที่.....

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวน.....๓,๐๐๐.....บาท

ลงชื่อ..........

(นายยะอ์กูบ มะแซ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลชะทาร์

วันที่.....

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคาร Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)  
Δ ทางธนาคาร

ธนาคาร ธกส. สาขาสายบุรี บัญชีเลขที่.....๐๑๘๑๑๒๕๓๑๕๓๖.....

เลขที่เช็ค.....๑๐๒๒๘๕๐๑.....ลงวันที่.....

จำนวนเงิน.....๓,๐๐๐.....บาท (.....สามพันบาทถ้วน.....)

จ่ายให้.....นางสาวเข็มจิรา..บิลอาหาวา.....

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ..........ผู้มีอำนาจลงนาม

(นายยะอ์กูบ มะแซ)

ลงชื่อ..........ผู้มีอำนาจลงนาม

(นางสาวมุกดา สุทธิวีร์กุล)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน.....๓,๐๐๐.....บาท

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน

(.....นางสาวเข็มจิรา..บิลอาหาวา.....)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกัน

สุขภาพฯ

วันที่.....

ได้รับเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน.....๓,๐๐๐.....บาท

ลงชื่อ..........ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวศายรุช บากา )

ตำแหน่ง..... เจ้าพนักงานจัดเก็บรายได้ชำนาญงาน.....

วันที่.....