

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.อุไคเจริญ

ที่ ๐๑๙

เรียน นายก องค์กรบริหารส่วนตำบลอุไคเจริญ

วันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๐

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.อุไคเจริญ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุไคเจริญ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน องค์กรบริหารส่วนตำบลอุไคเจริญ จำนวน ๙๒,๑๐๐.๐๐ บาท (เก้าหมื่นสองพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน องค์กรบริหารส่วนตำบลอุไคเจริญ มีความประสงค์ขอเบิกเงินจำนวน ๑,๔๕๐.๐๐ บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวศิริ อนันตะพงษ์ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

(Signature)

ผู้ขอเบิก

(นางสาวศิริ อนันตะพงษ์)

ตำแหน่ง

จพง.สาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการแทน ผอ.กองสาธารณสุขฯ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หกรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๘๘๒,๑๐๗.๐๐ บาท (สี่แสนแปดหมื่นสองพันหนึ่งร้อยเจ็ดบาทถ้วน)

ลงชื่อ

(Signature)

นางสาวกัญญา หนึ่งร้อย

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

วันที่

18 ส.ค. 2560

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน ๑,๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(Signature)

นางอนิตรา ทวาลิก

ผอ.กองคลัง

วันที่

18 ส.ค. 2560

เรียน นายก

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๑,๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(Signature)

นายขจรพงศ์ มีข้า

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอุไคเจริญ

วันที่

18 ส.ค. 2560

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน ๑,๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(Signature)

นายพรภิรมย์ คมขำ

นายก องค์กรบริหารส่วนตำบลอุไคเจริญ

วันที่

18 ส.ค. 2560

จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ชนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท) Δ ทางธนาคาร

ธนาคาร ธกส.สาขาควนกาหลง

บัญชีเลขที่ ๐๘ ๒๐๐๙๑๔๔๗

เลขที่เช็ค ๒๐๓๒๐๖๕๔ ลงวันที่

จำนวนเงิน ๑,๔๕๐.๐๐ บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

จ่ายให้ นางสาวศิริ อนันตะพงษ์

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

(Signature)

ผู้มีอำนาจลงนาม

(นายพรภิรมย์ คมขำ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุไคเจริญ

ลงชื่อ

(Signature)

ผู้มีอำนาจลงนาม

(นางสาวศิริ อนันตะพงษ์)

จพง.สาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการแทน ผอ.กองสาธารณสุขฯ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๑,๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(Signature)

ผู้รับเงิน (๑)

(นางสาวศิริ อนันตะพงษ์)

เข้าที่หน้ากองสาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการแทน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ตำแหน่ง

วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๑,๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(Signature)

ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวกัญญา หนึ่งร้อย)

ตำแหน่ง

วันที่

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

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



กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ

บันทึกข้อความ

สำนักงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ อำเภอ ควนกาหลง จังหวัดสตูล ๙๑๑๓๐
ที่ กองทุนฯ / ๒๕๖๐ วันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินและถอนเงินจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาควนกาหลง
เรียน ประธานกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ

ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ มีความจำเป็นต้องจ่ายเงิน
เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ของ นางสาววิตรี อนันตะพงษ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
ในการเดินทางเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กองทุนสุขภาพตำบล เขต ๑๒ สงขลา ปี ๒๕๖๐ ในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม
๒๕๖๐ ถึง ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องแกรนด์บอลรูม เอ ชั้น ๘ โรงแรมลีการ์เดนส์ พลาซ่า อำเภอหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา ตามโครงการเพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโตเจริญ
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ประเภทที่ ๔ เป็นเงิน ๑,๔๕๐.- บาท (เงินหนึ่งพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ จึงขออนุมัติถอนเงินจากธนาคาร
เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาควนกาหลง จากบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโตเจริญ เลขที่
บัญชี ๐๘ ๒๐๐๙๑๔๔๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและลงนามในเอกสารที่เกี่ยวข้องที่เสนอมาพร้อมนี้

(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการแทน
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

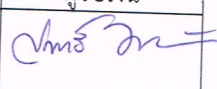
(นายจรพงศ์ มีขำ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ

(นายพรภริมย์ คมขำ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ

องค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ
 รายงานการจัดทำเช็ค/ใบถอน
 วันที่ 18 สิงหาคม 2560

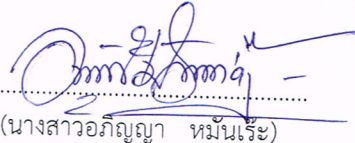
วิธีการเบิก	เลขที่เช็ค	ชื่อโครงการ	ผู้รับเงิน	จำนวนเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
เช็ค	20320654	1. โครงการเพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโดเจริญ (ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ 31 กค.-1สค. 60) จำนวน 1,450.- บาท	นางสาววิตรี อนันตะพงษ์	1,450 -	
รวม				1,450 -	

(ตัวอักษร) (เงินหนึ่งพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

จ่ายจากธนาคาร ธกส.สาขาควนกาหลง เลขที่บัญชี 08 20091447 จำนวนเงิน 1,450.- บาท

ผู้จัดทำ

ผู้ตรวจสอบ

(ลงชื่อ).....


(ลงชื่อ).....


(นางสาวอภิญญา หมั่นระ)

(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานธุรการชำนาญงาน

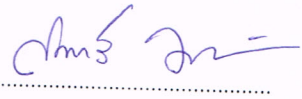
ตำแหน่ง จพง.สาธารณสุขชำนาญงาน รักษาราชการแทน

วันที่ 18 สิงหาคม 2560

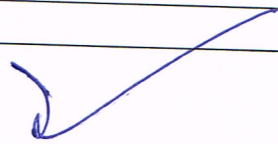
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

วันที่ 18 สิงหาคม 2560

ผู้ลงนามในเช็ค/ใบถอน

(ลงชื่อ).....


(ลงชื่อ).....


(ลงชื่อ).....


(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

(นายจรพงษ์ มีขำ)

(นายพรภิรมย์ คมขำ)

ตำแหน่ง จพง.สาธารณสุขชุมชน

ตำแหน่ง ปลัด อบต.อุโดเจริญ

ตำแหน่ง นายก อบต.อุโดเจริญ

วันที่ 18 สิงหาคม 2560

วันที่ 18 สิงหาคม 2560

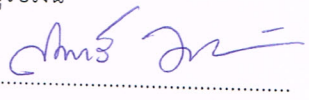
วันที่ 18 สิงหาคม 2560

ผู้รับเช็ค

ผู้รับใบถอน

ได้รับเช็คดังกล่าวข้างต้นไว้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว
 เพื่อจ่ายให้แก่ผู้รับเงิน

ได้รับใบถอนดังกล่าวข้างต้นไว้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว
 เพื่อจ่ายให้ธนาคารโอนเงินให้แก่ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ).....


(ลงชื่อ).....
 ()

(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

ตำแหน่ง จพง.สาธารณสุขชำนาญงาน

วันที่ สิงหาคม 2560

ตำแหน่ง

วันที่

สัญญาเงินยืมเลขที่.....วันที่.....๒๕๕๘..... ส่วนที่ ๑
ชื่อผู้ยืม.....จำนวนเงิน.....บาท แบบ ๘๗๐๘

ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ
วันที่ ๑๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

ตามคำสั่ง/บันทึก กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโดเจริญ ที่ ๗/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ได้อนุมัติให้

ข้าพเจ้า นางสาววิตรี อนันตะพงษ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สังกัด กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.อุโดเจริญ พร้อมด้วย.....

เดินทางไปปฏิบัติราชการ เพื่อเข้าร่วมงานเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กองทุนสุขภาพตำบล เขต ๑๒ สงขลา ปี ๒๕๖๐ ในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ถึง ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องแกรนด์บอลรูม เอ ชั้น ๘ โรงแรมลีการ์เดนส์ พลาซ่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยออกเดินทางจาก

บ้านพัก สำนักงาน ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ ๓๑ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เวลา ๐๖.๓๐ น. และกลับถึง บ้านพัก สำนักงาน ประเทศไทย วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เวลา ๑๙.๐๐ น. รวมเวลาไปราชการครั้งนี้.....๑.....วัน.....๑๒..... ชั่วโมง.....๓๐..... นาที

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ ข้าพเจ้า คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท.....(เหมาจ่าย)..... จำนวน.....๒.....วัน	รวม..... ๓๒๐.-..... บาท
ค่าเช่าที่พักประเภท.....(เหมาจ่าย).....จำนวน.....๑.....คืน	รวม..... ๘๐๐.-..... บาท
ค่าพาหนะ.....ไป-กลับ.....	รวม.....๓๓๐.-.....บาท
ค่าใช้จ่ายอื่น.....	รวม..... -..... บาท
	รวมเงินทั้งสิ้น.....๑,๔๕๐.-.....บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (เงินหนึ่งพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย จำนวน.....ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน
(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....

(นายขจรพงศ์ มีขำ)

ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

วันที่.....

อนุมัติให้จ่ายได้

ลงชื่อ.....

(นายพรภิรมย์ คมขำ)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

วันที่.....

ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน ๑,๔๕๐.๐๐ บาท (เงินหนึ่งพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นายพรภิรมย์ คมขำ)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

วันที่.....

จากเงินยืมตามสัญญาเลขที่...../๒๕๖๐.....วันที่.....-..... ๒๕๖๐.....

หมายเหตุ

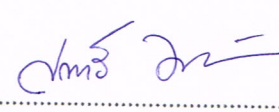
- คำชี้แจง
๑. กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นในช่องหมายเหตุ
 ๒. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีที่มีการยืมเงิน ให้ระบุวันที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญายืมและวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย
 ๓. กรณีที่ยื่นขอเบิกจ่ายใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมีต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ ๒)

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๓๑ ก.ค. ๖๐	- ค่ามอเตอร์ไซด์รับจ้าง จากบ้านเลขที่ ๓ ม.๓ ต.ควนกาหลง อ.ควนกาหลง จ.สตูล ถึง ปากซอย ๑๐ เป็นเงิน	๒๐.-	
	- ค่าโดยสารรถตู้ทุ่งหว้า – หาดใหญ่ ถึง ตลาดกิมหยง อ.หาดใหญ่ จำนวน ๑ เที่ยว เป็นเงิน	๑๒๐.-	
	- ค่ารถรับจ้างจากตลาดกิมหยง อ.หาดใหญ่ ถึง โรงแรมโดมอน พลาซ่าจำนวน ๑ เที่ยว เป็นเงิน	๒๐.-	
๑ ส.ค. ๖๐	- ค่ารถรับจ้างจากโรงแรมโดมอนพลาซ่า ถึง สถานีขนส่งหาดใหญ่ (ตลาดเกษตร) อ.หาดใหญ่ จำนวน ๑ เที่ยว เป็นเงิน	๕๐.-	
	- ค่าโดยสารรถตู้หาดใหญ่ – ทุ่งหว้า จำนวน ๑ เที่ยว เป็นเงิน	๑๒๐.-	
	- ค่ามอเตอร์ไซด์รับจ้าง จากซอย ๑๐ ถึง บ้านเลขที่ ๓ ม.๓ ต.ควนกาหลง อ.ควนกาหลง จ.สตูล เป็นเงิน	๒๐.-	
	รวมทั้งสิ้น	๓๓๐.-	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....เงินสามร้อยสามสิบบาทถ้วน.....

ข้าพเจ้านางสาววิตรี อนันตะพงษ์..... ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้น ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับ
เงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปราชการโดยแท้

(ลงชื่อ).....

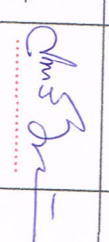
(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ชื่อส่วนราชการองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ จังหวัดสตูล

ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ นางสาวจิตรี อนันตตะพงษ์ ลงวันที่๑๕..... เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๐

ที่	ชื่อ	ตำแหน่ง	ค่าใช้จ่าย				รวม	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	หมายเหตุ
			ค่าเบี้ย เลี้ยง	ค่าเช่าที่พัก	ค่าพาหนะ	ค่าใช้จ่าย อื่น				
๑	นางสาวจิตรี อนันตตะพงษ์	เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชำนาญงาน	๓๒๐.-	๘๐๐.-	๓๓๐.-	-	๑,๔๕๐.-			
รวมเงิน			๓๒๐.-	๘๐๐.-	๓๓๐.-	-	๑,๔๕๐.-	ตามสัญญาเงินยืมเลขที่...../๒๕๖๐ วันที่.....		

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (เงินหนึ่งพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน


(นายพรภิรมย์ ทมขำ)

ตำแหน่งองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

วันที่

ใบแนบคำขอเบิกค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางและค่าเช่าที่พักในการเดินทางไปราชการ

ค่าใช้จ่าย	ชื่อ - สกุล	ประเภท			ระหว่างวันที่ - วันที่	จำนวนวัน	อัตราวันละ	จำนวนคน	จำนวนเงิน	รวมเงิน	ชื่อโรงแรม	เอกสารกำกับ	หมายเหตุ
		ก	ข	ค									
ค่าเบี้ยเลี้ยง	นางสาววิตรี อนันตะพงษ์			จ่าย	๓๑ ก.ค. - ๑ ส.ค. ๒๕๖๐	๒ วัน (๔ มื้อ)	๘๐.- บาทต่อมื้อ	๑ คน	๓๒๐.-	๓๒๐.-			
ค่าเช่าที่พัก	นางสาววิตรี อนันตะพงษ์			/	๓๑ ก.ค. - ๑ ส.ค. ๒๕๖๐	๑ คืน	๘๐๐.- บาท	๑ คน	๘๐๐.-	๘๐๐.-			
รวมเป็นเงิน										๑,๑๒๐.-			

ลงชื่อ.....

 (นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)
 เจ้าพนักงานสารณสุขชำนาญงาน

ผู้ขอเบิก