

ใบเบิกเงิน

(ส่งใช้เงินยืม)

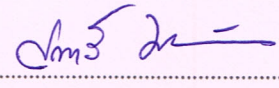
กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

ที่ ..... /2561.....

วันที่ **29 มี.ค. 2561**

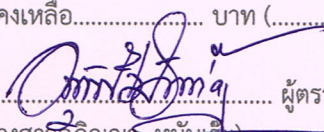
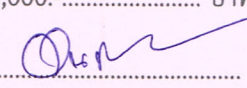
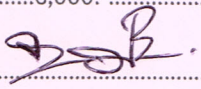
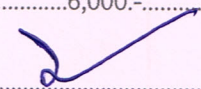
เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโดเจริญ ได้อนุมัติโครงการพัฒนาศักยภาพบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโดเจริญ ปีงบประมาณ 2561 ให้แก่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.อุโดเจริญ จำนวน ..... บาท นั้น กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีความประสงค์จะส่งใช้เงินยืมโครงการดังกล่าว เป็นเงิน 6,000.- บาท และส่งใช้เป็นเงินสด เป็นเงิน 1,600.- บาท จาก นางสาวตรี อนันตะพงษ์

ลงชื่อ  ผู้ขอเบิก

( นางสาวตรี อนันตะพงษ์ )

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน  
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

<p>ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทรากรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ..... บาท (.....)</p> <p>ลงชื่อ  ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (นางสาวตรี อนันตะพงษ์) เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน วันที่ <b>29 มี.ค. 2561</b></p>	<p>เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน ..... 6,000.-..... บาท</p> <p>ลงชื่อ  ..... ( นางอนิครา ทวาสีโก ) ผู้อำนวยการกองคลัง วันที่ <b>29 มี.ค. 2561</b></p>
<p>เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ..... 6,000.-..... บาท</p> <p>ลงชื่อ  ..... ( นายจรพงษ์ มีขำ ) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ วันที่ <b>29 มี.ค. 2561</b></p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน..... 6,000.-..... บาท</p> <p>ลงชื่อ  ..... ( นายพรภิรมย์ คมขำ ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุโดเจริญ วันที่ <b>29 มี.ค. 2561</b></p>
<p>จ่ายเป็น Δ เงินสด Δ เช็ค ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ ..... เลขที่เช็ค..... ลงวันที่ ..... จำนวนเงิน ..... บาท (.....) จ่ายให้ .....</p>	<p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (.....) ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (.....)</p>

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

<p>ได้รับเงินจำนวน ..... บาท ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1) ( ..... ) วันที่ .....</p>	<p>ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... บาท ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน ( ..... ) ตำแหน่ง ..... วันที่ .....</p>
---	---

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

## บันทึกข้อความ

สำนักงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ อำเภอ ควนกาหลง จังหวัดสตูล ๙๑๑๓๐  
ที่ กองทุนฯ / ๒๕๖๑ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๑  
เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงิน เพื่อจ่ายเป็นค่าส่งใช้เงินยืมค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ  
ตามโครงการเพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนฯ อบต.อุเดเจริญ  
เรียน ประธานกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

### เรื่องเดิม

ด้วยในวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๑ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ มีความจำเป็นต้องจ่ายเงิน เป็นค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อพิจารณาแผนงาน/โครงการเข้าแผนงาน กองทุนฯ และเพื่อขอสันนิษฐานงบประมาณเพื่อดำเนินงานกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตามโครงการ พัฒนาศักยภาพบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ประเภทที่ ๔ เป็นเงิน ๗๖๐๐.- (เจ็ดพันหกกร้อยบาทถ้วน)

### ข้อเท็จจริง

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ จึงขอส่งใช้เงินยืมตามโครงการ เพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นเงิน ๖,๐๐๐.- บาท (หกพันบาทถ้วน) และส่งใช้เป็นเงินสด เป็นเงิน ๑,๖๐๐.- บาท จาก นางสาวตรี อนันตะพงษ์

### ระเบียบ

ตามระเบียบเงินกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ พ.ศ. ๒๕๕๗ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การกำหนดค่าตอบแทนกรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงาน หรือผู้ดำเนินงานหมวด ๗ ข้อ ๒๖ (๑)

### ข้อเสนอ/พิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ หากเห็นชอบโปรดลงนามในเอกสารที่เสนอมาพร้อมนี้

(นางสาวตรี อนันตะพงษ์)

จพง.สาธารณสุขชำนาญงาน รักษาราชการแทน  
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

(นายจรพงศ์ มีขำ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

-อนุมัติ

(นายพรภิรมย์ คมขำ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ



เล่มที่...1.....

เลขที่...14/๖1..

### ใบเสร็จรับเงิน

วันที่...29... เดือน...สิงหาคม... พ.ศ... 25๕1.....

กองทุนหลักประกันสุขภาพ ..... อบต. สุไควเรญ ..... เลขที่... - ..... หมู่ที่... 1.....

ตำบล ..... สุไควเรญ ..... อำเภอ ..... ควนกาหลง ..... จังหวัด ..... สตูล .....

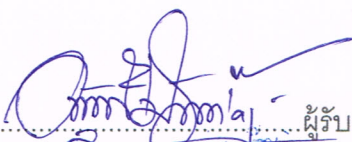
ได้รับเงินจาก ..... นางสาวศิริ ..... หน้ะหตาภงณี ..... ที่อยู่ ..... 1๖8 ..... หมู่ ..... 14 .....

..... ตำบลท่าพรอง ..... อําเภอละพนา ..... จังหวัดสงขลา .....

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รับเงินคืนค่าเบี้ยประกันสุขภาพกองทุน ฯ เป็นเงิน	1,600	-
บาท	1,600	-

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (.....หนึ่งพันหก ร้อยบาทถ้วน.....)

ลงชื่อ.....  ..... ผู้รับเงิน  
(นางสาวอภิญญา หนนระเระ)  
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญการ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ  
ครั้งที่ ๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสภาองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ที่อยู่	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑.	-	สาธารณสุขอำเภอควนกาหลง	-	
๒.	-	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนกาหลง	-	
๓.	นายพรภิรมย์ คมขำ	ประธานกรรมการ		
๔.	นายประคิน สังข์แก้ว	ผู้ทรงคุณวุฒิ		
๕.	นายยาหอด หลิ่งเมือง	ผู้ทรงคุณวุฒิ		
๖.	นางสืบศรี บุขงกัไพฑูรย์	ผอ.รพ.สต.อุเดเจริญ	-	
๗.	นางผุสรสวัสดิ์ ศิริหิงค์โค	ผอ.รพ.สต.บ้านฝั่ง ๓๔		
๘.	นายจูลี พลสุสวัสดิ์	กรรมการ		
๙.	นาย สุนันท์ พรหมอินทร์	กรรมการ		
๑๐.	นาง ประเทือง แดงแย้ม	กรรมการ		
๑๑.	นายเสรี เตชะวันโต	กรรมการ		
๑๒.	นางสาวกฤษณนุช น้อยกุด	กรรมการ		
๑๓.	นายนที ชูทอง	กรรมการ		
๑๔.	นางอภิสร รัตนวรรณ	กรรมการ		
๑๕.	นางดุจฤดี แสงเพชร	กรรมการ	-	
๑๖.	นายเจริญ สีนวลอินทร์	กรรมการ		
๑๗.	นางอภิรดี ทองเต็ม	กรรมการ		
๑๘.	นายขจรพงศ์ มีขำ	เลขานุการ		
๑๙.	นางสาวตรี อนันตะพงษ์	ผู้ช่วยเลขานุการ		
๒๐.	๙๑. พงษ์เทพ ใต้ทอง	ผอ.รพ.สต.บ้านควนกาหลง		
๒๑.	นางอภิรดี อนันตะพงษ์	ผอ.รพ.สต.บ้านควนกาหลง		
๒๒.	๙๖. ส. สุนันท์ ฟ้าสีน	พ.ร.ท. ๙๖๖๖๖		(นางสาวตรี อนันตะพงษ์) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการแทน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
๒๓.	นายยาหอด หลิ่งเมือง	ผ.อ.บ. ๙.๖		
๒๔.				
๒๕.				
๒๖.				

## สัญญาการยืม

เลขที่ 4 / 61

ยื่นต่อ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

วันครบกำหนด

ข้าพเจ้า นางสาววิตรี อนันตะพงษ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

สังกัด กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จังหวัด สตูล

มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ

เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย เงินยืมทตรงจ่าย ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ ในการประชุมวันที่ 28 มีนาคม 2561

ยืมเงินทตรงจ่าย ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ โครงการเพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ อบต. อุเดเจริญ ค่าเบี้ยประชุม จำนวน 19 คน ๆ ละ 400 บาท

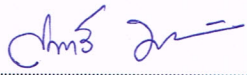
- ค่าเบี้ยประชุม

7,600.-

(ตัวอักษร) ..... (-เงินเจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน-)

7,600.-

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงิน  
เหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงิน คือ ภายใน ..... วัน นับแต่วันที่ได้รับเงินยืมนี้  
ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงจะ  
ได้รับจากทางราชการชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที

ลายมือชื่อ  ผู้ยืม

วันที่ 26 มี.ค. 2561

(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เสนอ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน 7,600.00 บาท

(ลงชื่อ) 

วันที่ 26 มี.ค. 2561

(นางอนิสรา ทวาสโก)

ผู้อำนวยการกองคลัง

คำอนุมัติ

อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นจำนวนเงิน 7,600.00 บาท (-เงินเจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน-)

(ลงชื่อ) 

วันที่ 26 มี.ค. 2561

(นายพรภิรมย์ คมขำ)

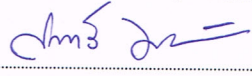
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

ใบรับเงิน

ได้รับเงินยืมจำนวน 7,600.00 บาท

(-เงินเจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน-)

ไปเป็นการถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) 

ผู้รับเงิน 26 มี.ค. 2561

วันที่

(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน