โครงการส่งเสริมสุขภาพทันตสุขภาพ ยิ้มสดใส ห่างไกลฟันผุ ปีงบประมาณ 2564 โรงเรียน

จ่ายแล้ว

ใบเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

ที่ 22/2564 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564

เรียน นายก องค์การบริการส่วนตำบลท่าเรือ

ตามที่คณะกรรมการ **กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ** ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการส่งเสริมสุขภาพทันตสุขภาพ ยิ้มสดใส ห่างไกลฟันผุ ปีงบประมาณ 2564 โรงเรียนบ้านไร่ ตำบลท่าเรือ อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **โรงเรียนบ้านไร่** จำนวน **10,155.00 บาท** (หนึ่งหมื่นหนึ่งร้อยห้าสิบห้าบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **โรงเรียนบ้านไร่** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน **10,155.00 บาท** (หนึ่งหมื่นหนึ่งร้อยห้าสิบห้าบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสารหลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **เงินรายได้สถานศึกษาโรงเรียนบ้านไร่** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก
(นางสาวสุวิมลโตงกูล)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 330,598.78 บาท (สามแสนสามหมื่นห้าร้อยเก้าสิบแปดบาทเจ็ดสิบแปดสตางค์)

ลงชื่อ .....
(นางมารียัะ เล่งเจะ)
นักวิชาการเงินและบัญชี
วันที่ 5 ก.พ. 2564

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 10,155.00 บาท

ลงชื่อ .....
(นางสาวอามีนา กรมเมือง)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 5 ก.พ. 2564

เรียน นายก องค์การบริการส่วนตำบลท่าเรือ
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 10,155.00 บาท

ลงชื่อ .....
(นายบัณฑิต เลขะกุล)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ
วันที่ 5 ก.พ. 2564

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 10,155.00 บาท

ลงชื่อ .....
(นายบาเสด ยาพระจันทร์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ
วันที่ 5 ก.พ. 2564

จ่ายเป็น
△ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ
△ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาท่าแพ จ.สตูล บัญชีเลขที่ 0107524295 75
เลขที่เช็ค 3619269989 ลงวันที่ 9 ก.พ. 2564
จำนวนเงิน 10,155.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งร้อยห้าสิบห้าบาทถ้วน)
จ่ายให้
เงินรายได้สถานศึกษาโรงเรียนบ้านไร่

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายบาเสด ยาพระจันทร์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายอิบรอเฮม อุพัมมา)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 10,155.00 บาท

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1)
(นางสาวสุวิมล โตงกูล)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (2)
(นางสาวอามีนา กรมเมือง)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 15 ก.พ. 64

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 10,155.00 บาท

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอามีนา กรมเมือง)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 9 ก.พ. 2564

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ : ขอเบิกเงินค่าโครงการส่งเสริมสุขภาพทันตสุขภาพ ยิ้มสดใส ห่างไกลฟันผุ ปีงบประมาณ 2564 โรงเรียนบ้านไร่ ตำบลท่าเรือ อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล เพื่อจ่ายให้แก่ เงินรายได้สถานศึกษาโรงเรียนบ้านไร่ เป็นเงินจำนวน 10,155 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งร้อยห้าสิบห้าบาทถ้วน)