ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.นาเกลือ

ที่ 17/2560 (18)

วันที่ 27 กันยายน 2560

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ

ตามที่คณะกรรมการ **กองทุนสุขภาพตำบล อบต.นาเกลือ** ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **ขอเบิกเงินค่าเลี้ยงรับรองการประชุมของคณะกรรมการอนุกรรมการ และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ** จำนวน **3,150.00 บาท** (สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน **3,150.00 บาท** (สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **นางศศิธร แสงรัตน์** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก
(นางศศิธรแสงรัตน์)
ตำแหน่ง กรรมการและเลขานุการ กองทุนฯ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 38,372.00 บาท (สามหมื่นแปดพันสามร้อยเจ็ดสิบสองบาทถ้วน)

ลงชื่อ .....
(นางศศิธรแสงรัตน์)
ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ
วันที่ 27 ก.ย. 2560

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 3,150.00 บาท

ลงชื่อ .....
(นางศศิธร แสงรัตน์)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ
วันที่ 27 ก.ย. 256.

เรียน นายก
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 3,150.00 บาท

ลงชื่อ .....
(นางศศิธร แสงรัตน์)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ
วันที่ 27 ก.ย. 2560

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 3,150.00 บาท

ลงชื่อ .....
(นายธวัช อภิลักษ์นุกูล)
นายก องค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ
วันที่ 27 ก.ย. 2560

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท) Δ ทางธนาคาร
ธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
บัญชีเลขที่ 012572366062
เลขที่เช็ค 1161363[illegible] ลงวันที่ 27 ก.ย. 2560
จำนวนเงิน 3,150.00 บาท (สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
จ่ายให้ นางศศิธร แสงรัตน์

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายธวัช อภิลักษ์นุกูล)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ

ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางศศิธร แสงรัตน์)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 3,150.00 บาท

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (๑)
( )
ตำแหน่ง 27-9-60
ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (๒)
( )
ตำแหน่ง .....
วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 3,150.00 บาท

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นางศศิธรแสงรัตน์)
ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ
วันที่ 27-9-60

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :...

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ

ที่ พิเศษ/๒๕๖๐(๑๗) **วันที่** ๒๗ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเบิกเงิน

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.นาเกลือ

๑.เรื่องเดิม

ตามระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ ได้กำหนดหมวดที่ ๖ การบริหารหรือพัฒนากองทุนและการบังคับใช้ระเบียบ ข้อ ๓๙ (๒) จึงขอเบิกเงินค่าเลี้ยงรับรองการประชุมของคณะกรรมการ อนุกรรมการ และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ นั้น

๒.ข้อเสนอและพิจารณา

เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ จึงขออนุมัติเบิกเงินค่าเลี้ยงรับรองการประชุมของคณะกรรมการ อนุกรรมการ และคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกลือ เป็นเงินจำนวน ๓,๑๕๐ บาท (สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) โดยนางศศิธร แสงรัตน์ เป็นผู้รับเงินต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)
(นายศศิธร แสงรัตน์)
กรรมการและเลขานุการ กองทุนฯ

ควรอนุมัติ.....
.....

(ลงชื่อ)
(นางศศิธร แสงรัตน์)
กรรมการและเลขานุการ กองทุนฯ

ความเห็นประธานกรรมการกองทุนฯ อบต. นาเกลือ

⊘ อนุมัติ
○ ไม่อนุมัติ.....
.....

(ลงชื่อ)
(นายธวัช อภิลักษ์นุกูล)
ประธานกรรมการ กองทุนฯ อบต.นาเกลือ

พักร้อนกาแฟสด
73/6 หมู่ที่ 1 ต.บางสัก อ.กันตัง
จ.ตรัง 92110 Tel : 095-015-6869

เล่มที่ 9
เลขที่ 12

บิลเงินสด
CASH SALE

นาม CUSTOMER [illegible] วันที่ DATE 25/10/59
ที่อยู่ ADDRESS _____ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี TaxID No. _____

จำนวน QUANTITY	รายการ / DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
21	- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	25	525
บาท BATH	ห้าร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน	รวมเงิน TOTAL	525

ผู้รับเงิน / COLLECTOR [illegible]

ขอขอบคุณ
ท่านที่อุดหนุน

พักร้อนกาแฟสด

73/6 หมู่ที่ 1 ต.บางสัก อ.กันตัง
จ.ตรัง 92110 Tel : 095-015-6869

เล่มที่ 10
เลขที่ 2

บิลเงินสด
CASH SALE

นาม CUSTOMER กองทุนหมู่บ้านประกันสุขภาพ อบต.บางสัก
วันที่ DATE 17/1/60
ที่อยู่ ADDRESS
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี TaxID No.

จำนวน QUANTITY	รายการ / DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
21	- ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	25	525
บาท BATH	ห้าร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน	รวมเงิน TOTAL	525

ผู้รับเงิน / COLLECTOR ศิริพร มะยองศรี

ขอขอบคุณ
ท่านที่อุดหนุน

พักร้อนกาแฟสด

73/6 หมู่ที่ 1 ต.บางสัก อ.กันตัง
จ.ตรัง 92110 Tel : 095-015-6869

เล่มที่ 10
เลขที่ 14

บิลเงินสด
CASH SALE

นาม CUSTOMER กลุ่มงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการ อบต.บางสัก วันที่ DATE 3/3/60

ที่อยู่ ADDRESS _____ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี TaxID No. _____

จำนวน QUANTITY	รายการ / DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
21	-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	25	525
บาท BATH	ห้าร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน	รวมเงิน TOTAL	525

ผู้รับเงิน / COLLECTOR สุธาธา ยิ่งยงค์

ขอขอบคุณ
ท่านที่อุดหนุน

พักร้อนกาแฟสด

73/6 หมู่ที่ 1 ต.บางสัก อ.กันตัง
จ.ตรัง 92110 Tel : 095-015-6869

เล่มที่ 10
เลขที่ 38

บิลเงินสด
CASH SALE

นาม CUSTOMER กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.[illegible] วันที่ DATE 18/4/60
ที่อยู่ ADDRESS เลขประจำตัวผู้เสียภาษี TaxID No.

จำนวน QUANTITY	รายการ / DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
21	- ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	25	525
บาท BATH	ห้าร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน	รวมเงิน TOTAL	525

ผู้รับเงิน / COLLECTOR [illegible]

ขอขอบคุณ
ท่านที่อุดหนุน

พักร้อนกาแฟสด

73/6 หมู่ที่ 1 ต.บางสัก อ.กันตัง
จ.ตรัง 92110 Tel : 095-015-6869

เล่มที่ 11
เลขที่ 2

บิลเงินสด
CASH SALE

นาม CUSTOMER กลุ่มสหกรณ์ประมงอ่าวตะเภา จำกัด วันที่ DATE 20/6/60
ที่อยู่ ADDRESS เลขประจำตัวผู้เสียภาษี TaxID No.

จำนวน QUANTITY	รายการ / DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
21	- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	25	525
บาท BATH	ห้าร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน	รวมเงิน TOTAL	525

ผู้รับเงิน / COLLECTOR ศศิธรา สมยศ

ขอขอบคุณ
ท่านที่อุดหนุน

พักร้อนกาแฟสด

73/6 หมู่ที่ 1 ต.บางสัก อ.กันตัง
จ.ตรัง 92110 Tel : 095-015-6869

เล่มที่ 11
เลขที่ 35

บิลเงินสด
CASH SALE

นาม CUSTOMER กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ลำเภา วันที่ DATE 22/8/60
ที่อยู่ ADDRESS เลขประจำตัวผู้เสียภาษี TaxID No.

จำนวน QUANTITY	รายการ / DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
21	-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	25	525
บาท BATH	ห้าร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน	รวมเงิน TOTAL	525

ผู้รับเงิน / COLLECTOR สุธรา ชนะชาติ

ขอขอบคุณ
ท่านที่อุดหนุน