

ใบเบิกเงิน

ฎ.4/2563

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2562

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง

ตามที่คณะกรรมการ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการพัฒนาระบบการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ฝ่ายเลขานุการกองทุนฯ จำนวน 559,960.00 บาท (ห้าแสนห้าหมื่นเก้าพันเก้าร้อยหกสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ฝ่ายเลขานุการกองทุนฯ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 749.00 บาท (เจ็ดร้อยสี่สิบเก้าบาทถ้วน) เพื่อไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน บริษัท ทรูปเบิ้ลที อินเทอร์เน็ต จำกัด จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ นางสาวศิวดา อ่อนเย็น ผู้ขอเบิก
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ศรศักดิ์ ทรัพย์

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักท้วงรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 2,252,943.40 บาท (สองล้านสองแสนห้าหมื่นสองพันเก้าร้อยสี่สิบสามบาทสี่สิบสตางค์)
ลงชื่อ นางศรดา สุวรรณโณ
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
วันที่ _____

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 749.00 บาท
ลงชื่อ นายบุญเลิศ แก้วเอี่ยม
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
วันที่ _____

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 749.00 บาท
ลงชื่อ นายชัชชาติ ธรรมโชติ
ตำแหน่ง ปลัดเทศบาลเมืองเขารูปช้าง
วันที่ _____

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 749.00 บาท
ลงชื่อ นายประสงค์ บริรักษ์
ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง
วันที่ _____

จ่ายเป็น
Δ เช็คขีดคร่อม/ค้ำแลกเงิน/ธนาคาร
Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
Δ ทางธนาคาร บัญชีเลขที่ _____
เลขที่เช็ค 24832859 ลงวันที่ 12 พ.ย. 2562
จำนวนเงิน 749.00 บาท (เจ็ดร้อยสี่สิบเก้าบาทถ้วน)
จ่ายให้ บริษัท ทรูปเบิ้ลที อินเทอร์เน็ต จำกัด

ผู้มีอำนาจลงนามในใบออน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ นายประสงค์ บริรักษ์ ผู้มีอำนาจลงนาม
ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง
ลงชื่อ นางพารินดา ชัยวิวัฒน์พงศ์ ผู้มีอำนาจลงนาม
ตำแหน่ง รองปลัดเทศบาลเมืองเขารูปช้าง

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 749.00 บาท
ลงชื่อ กิตติศักดิ์ ผู้รับเงิน (1)
ตำแหน่ง _____
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (2)
ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 749.00 บาท
ลงชื่อ นางเมธาวี ทองนวลจันทร์ ผู้จ่ายเงิน
ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายบริหารสาธารณสุข
วันที่ _____

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :