



ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองเขารูปช้าง

4/2563

วันที่ 20 พ.ค. 2563

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองเขารูปช้าง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการพัฒนาระบบการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ฝ่ายเลขานุการกองทุนฯ จำนวน 559,960.00 บาท (ห้าแสนห้าหมื่นเก้าพันเก้าร้อยหกสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ฝ่ายเลขานุการกองทุนฯ มีความประสงค์ขอเบิกเงินจำนวน 749.00 บาท (เจ็ดร้อยสี่สิบเก้าบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน บริษัท ทริบเปิลที อินเทอร์เน็ต จำกัด จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ อรุณี ตันเย็น ผู้ขอเบิก
(นางสาวศิริดา อ่อนเย็น)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 2,104,903.57 บาท (สองล้านหนึ่งแสนสี่พันเก้าร้อยสามบาทห้าสิบบเจ็ดสตางค์)
ลงชื่อ ศิริดา อ่อนเย็น
(นางศิริดา สุวรรณไธ)
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
วันที่ _____

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

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

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 749.00 บาท
ลงชื่อ นายประสงค์ บริรักษ์
วันที่ _____

จ่ายเป็น
Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคาร
Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาสงขลา บัญชีเลขที่ 019342486851 เลขที่เช็ค 24832882 ลงวันที่ _____
จำนวนเงิน 749.00 บาท (เจ็ดร้อยสี่สิบเก้าบาทถ้วน)
จ่ายให้ บริษัท ทริบเปิลที อินเทอร์เน็ต จำกัด

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

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

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

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 749.00 บาท
ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
(นางเมธาวี ทองนวลจันทร์)
ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข
วันที่ _____

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ
หมายเหตุ :