



ป.37/2563

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองเขารูปช้าง

วันที่ 8 กันยายน 2563

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองเขารูปช้าง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่เด็ก เยาวชนและสมาชิกในครอบครัว ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน จำนวน 40,000.00 บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน มีความประสงค์จะ ขอเบิกเงินจำนวน 40,000.00 บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) เพื่อไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการ ขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน สภากาชาดและเยาวชน เทศบาลเมืองเขารูปช้าง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ อินท อนุพันธ์ ผู้ขอเบิก
(นางสาวศิรดา อ่อนเย็น)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควร ดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทราขการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงิน คงเหลือ 1,340,681.57 บาท (หนึ่งล้านสามแสนสี่หมื่นแปดสิบเอ็ดบาท ห้าสิบลึงเจ็ดสตางค์)
ลงชื่อ ศษ
(นางศิรดา สุวรรณโณ)
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
วันที่ _____

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 40,000.00 บาท
ลงชื่อ ศษ
(นายบุญเลิศ แก้วเอียด)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
วันที่ _____

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 40,000.00 บาท
ลงชื่อ ศษ
(นายชูชาติ ธรรมโชติ)
ตำแหน่ง ปลัดเทศบาลเมืองเขารูปช้าง
วันที่ _____

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 40,000.00 บาท
ลงชื่อ ปศ
(นายประสงค์ บริรักษ์)
วันที่ _____

จ่ายเป็น
Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ชานาณัติ
Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาสงขลา บัญชีเลขที่ 019342486851 เลขที่เช็ค 24932895 ลงวันที่ 14 9 63
จำนวนเงิน 40,000.00 บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)
จ่ายให้ สภาเด็กและเยาวชน เทศบาลเมืองเขารูปช้าง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ปศ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายประสงค์ บริรักษ์)
นายกเทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง
ลงชื่อ ศษ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางพารินดา ชัยวิวัฒน์พงศ์)
รองปลัดเทศบาลเมืองเขารูปช้าง

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 40,000.00 บาท
ลงชื่อ อินท อนุพันธ์ ผู้รับเงิน (1)
ตำแหน่ง นางอินท อนุพันธ์
ลงชื่อ ฉัตร ชัยวัฒน์พงศ์ ผู้รับเงิน (2)
ตำแหน่ง ท.ฉัตร ชัยวัฒน์พงศ์
ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน
วันที่ _____

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 40,000.00 บาท
ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
ตำแหน่ง นางเมธวี ทองนวลจันทร์
ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายบริหารสาธารณสุข
วันที่ _____

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ
หมายเหตุ :