ใบเบิกเงิน

ที่ 12/2562

วันที่ 15 พ.ค. 2562

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะสะท้อน

ตามที่คณะกรรมการ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการเสริมสร้างพัฒนาการและทันตสุขภาพในเด็กอายุ 3-5 ปี ปี 2562** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **โรงพยาบาลส่งเสริมุขภาพตำบลบ้านตะเหลี่ยง** จำนวน **18,300.00 บาท** (หนึ่งหมื่นแปดพันสามร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **โรงพยาบาลส่งเสริมุขภาพตำบลบ้านตะเหลี่ยง** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน **18,300.00 บาท** (หนึ่งหมื่นแปดพันสามร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **นางสมศรี พงษ์พานิชย์** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ....(ลายมือชื่อ)........ ผู้ขอเบิก
(นางสาวนูรีซัน มะเก)
ตำแหน่ง กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 1,411,804.83 บาท (หนึ่งล้านสี่แสนหนึ่งหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยสี่บาทแปดสิบสามสตางค์)

ลงชื่อ ....(ลายมือชื่อ)........
(นางสาวฟาราห์นาเดีย ยูนุ๊)
อนุกรรมการและการเงิน
วันที่ 15 พ.ค. 2562

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 18,300.00 บาท

ลงชื่อ ....(ลายมือชื่อ)........
(นางสาวนูรีซัน มะเก)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
วันที่ 15 พ.ค. 2562

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะสะท้อน
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 18,300.00 บาท

ลงชื่อ ....(ลายมือชื่อ)........
(นายฮาวารี เปาะสา)
กรรมการและเลขานุการ
วันที่ 15 พ.ค. 2562

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 18,300.00 บาท

ลงชื่อ ....(ลายมือชื่อ)........
(นายจีระศักดิ์ เล็งฮะ)
ประธานกองกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน
วันที่ 15 พ.ค. 2562

จ่ายเป็น
△ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ
△ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
△ ทางธนาคาร บัญชีเลขที่
เลขที่เช็ค 29789332 ลงวันที่ 15 พ.ค. 2562
จำนวนเงิน 18,300.00 บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันสามร้อยบาทถ้วน)
จ่ายให้
นางสมศรี พงษ์พานิชย์

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ....(ลายมือชื่อ)........ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายจีระศักดิ์ เล็งฮะ)
ประธานกองกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะสะท้อน

ลงชื่อ ....(ลายมือชื่อ)........ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางสาวนูรีซัน มะเก)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 18,300.00 บาท

ลงชื่อ ....(ลายมือชื่อ)........ ผู้รับเงิน (1)
(นางสมศรี พงษ์พานิชย์)
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ลงชื่อ .... ผู้รับเงิน (2)
(....................................)
ตำแหน่ง ....
วันที่ ....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 18,300.00 บาท

ลงชื่อ ....(ลายมือชื่อ)........ ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวฟาราห์นาเดีย ยูนุ๊)
ตำแหน่ง อนุกรรมการและการเงิน
วันที่ 15 พ.ค. 2562

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :