ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองเขารูปช้าง

...19/2563

วันที่ 4 มีนาคม 2563

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง

ตามที่คณะกรรมการ **กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองเขารูปช้าง** ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **เทศบาลเมืองเขารูปช้าง** จำนวน **140,000.00 บาท** (หนึ่งแสนสี่หมื่นบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **เทศบาลเมืองเขารูปช้าง** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน **140,000.00 บาท** (หนึ่งแสนสี่หมื่นบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **เทศบาลเมืองเขารูปช้าง** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ______________ ผู้ขอเบิก
(นางสาวศิรดา อ่อนเย็น)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 2,145,177.40 บาท (สองล้านหนึ่งแสนสี่หมื่นห้าพันหนึ่งร้อยเจ็ดสิบเจ็ดบาทสี่สิบสตางค์)

ลงชื่อ ______________
(นางโศรดา สุวรรณโณ)
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
วันที่ ______________

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 140,000.00 บาท

ลงชื่อ ______________
(นายบุญเลิศ แก้วเอียด)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
วันที่ ______________

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 140,000.00 บาท

ลงชื่อ ______________
(นายชูชาติ ธรรมโชติ)
ปลัดเทศบาลเมืองเขารูปช้าง
วันที่ ______________

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 140,000.00 บาท

ลงชื่อ ______________
(นายประสงค์ บริรักษ์)
วันที่ ______________

จ่ายเป็น
△ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ
△ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาสงขลา
บัญชีเลขที่ 019342486851
เลขที่เช็ค 24832877 ลงวันที่ 4 มี.ค 2563
จำนวนเงิน 140,000.00 บาท (หนึ่งแสนสี่หมื่นบาทถ้วน)
จ่ายให้
เทศบาลเมืองเขารูปช้าง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ______________ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายประสงค์ บริรักษ์)
นายกเทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง

ลงชื่อ ______________ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางพารินดา ชัยวิวัฒน์พงศ์)
รองปลัดเทศบาลเมืองเขารูปช้าง

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 140,000.00 บาท

ลงชื่อ ______________ ผู้รับเงิน (1)
((นางสุพรรษา โพธิ์ธีร์))
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
ลงชื่อ ______________ ผู้รับเงิน (2)
(______________)
ตำแหน่ง ______________
วันที่ ______________

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 140,000.00 บาท

ลงชื่อ ______________ ผู้จ่ายเงิน
(นางเมธาวี ทองนวลจันทร์)
ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข
วันที่ ______________

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :