ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เกาะสะท้อน

ที่ **๕/๒๕๖๐** วันที่ **๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐**

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะสะท้อน

ตามที่คณะกรรมการ **กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เกาะสะท้อน** ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ ปี ๒๕๖๐** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านตะเหลี่ยง** จำนวน **๒๙,๒๕๐.๐๐ บาท** (สองหมื่นเก้าพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านตะเหลี่ยง** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน **๒๙,๒๕๐.๐๐ บาท** (สองหมื่นเก้าพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านตะเหลี่ยง** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก
(นางสาวบุรีชัน มะเก)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธาณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๙๕๑,๘๐๙.๘๓ บาท (เก้าแสนห้าหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยเก้าบาทแปดสิบสามสตางค์)

ลงชื่อ .....
(นางสาวฟาราห์นาเดีย ยูนุ๊)
ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สุขาภิบาล
วันที่ 11 พ.ค. 2560

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน ๒๙,๒๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(นางสาวบุรีชัน มะเก)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
วันที่ 11 พ.ค. 2560

เรียน นายก
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๒๙,๒๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(จ.ส.ต. ศักดินรินทร์ ศรีจำ)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะสะท้อน
วันที่ 11 พ.ค. 2560

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน ๒๙,๒๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(นายจีระศักดิ์ เล็งฮะ)
นายก องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะสะท้อน
วันที่ 11 พ.ค. 2560

จ่ายเป็น
△ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ
△ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)
△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขานราธิวาส บัญชีเลขที่ ๐๑๐๕๕๒๘๑๐๙๘๘
เลขที่เช็ค ๒๐๒๒๘๐๑๔ ลงวันที่ 11 พ.ค. 2560
จำนวนเงิน ๒๙,๒๕๐.๐๐ บาท (สองหมื่นเก้าพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
จ่ายให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านตะเหลี่ยง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายจีระศักดิ์ เล็งฮะ)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะสะท้อน

ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางสาวบุรีชัน มะเก)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๒๙,๒๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (๑)
(นางนิจปาน หมดมณี)
ตำแหน่ง ปกครองส่วนท้องถิ่น
ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (๒)
( )
ตำแหน่ง
วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๒๙,๒๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวฟาราห์นาเดีย ยูนุ๊)
ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สุขาภิบาล
วันที่ 11 พ.ค. 2560

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ
หมายเหตุ :