

ฎีกาเบิกเงินตามงบประมาณรายจ่าย

แบบ 1

ส่วนราชการ : กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านหาร

ปีงบประมาณ : 2560

เลขที่ฎีกา : 14/2560

เลขที่กองทุน ฯ รับ : 14/2560

ประเภท : เงินอุดหนุน

ลักษณะ : โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศฯ

วันที่กองทุน ฯ รับ : 17 พ.ค. 2560

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
มูลค่าสินค้า/บริการ	16,800 00	เพื่อจ่ายเป็นเงินอุดหนุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายตามโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม ให้แก่ นายอาซิด หมัดอาดัม
บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม		
จำนวนเงินที่ขอเบิกทั้งสิ้น	16,800 00	
หัก ภาษีหัก ณ ที่จ่าย		
ค่าปรับ		
จำนวนเงินที่รับสุทธิ	16,800 00	

จำนวนเงินที่รับสุทธิ (ตัวอักษร) (หนึ่งหมื่นหกพันแปดร้อยบาทถ้วน)

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ผู้เบิก (ลงชื่อ)..... (นายณัฐเชอรอน หวังเบญญาคม) ผู้ช่วยกรรมการและเลขานุการบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านหาร วันที่ 17 พ.ค. 2560	งบประมาณคงเหลือ..... 46,956.53 บาท หัก เบิกจ่ายครั้งนี้แล้วคงเหลือ..... 60,156.53 บาทจ.ท.ก.บ.ช. (นางสาวอริสรา พรหมจรรย์) ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน วันที่ 17 พ.ค. 2560	ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วน ถูกต้องแล้วผู้ตรวจฎีกา (นายสมพงศ์ เพชรโชค) กรรมการและเลขานุการบริหารกองทุน ฯ วันที่ 17 พ.ค. 2560
---	---	---

เรียง ประธานกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านหาร เห็นควรอนุมัติเบิกจ่ายเงิน 16,800 บาท (หนึ่งหมื่นหกพันแปดร้อยบาทถ้วน) (ลงชื่อ)..... (นายสมพงศ์ เพชรโชค) กรรมการและเลขานุการบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านหาร วันที่ 17 พ.ค. 2560	() อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ () ไม่อนุมัติ..... (ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ (นายศักดิ์กรียา หวังบิลหมัด) ประธานกรรมการบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านหาร วันที่ 17 พ.ค. 2560
---	--

ธนาคาร ธกส. สาขาบางกล้า บัญชีเลขที่ 034-5-00391-1 เลขที่เช็ค 13019231 ลงวันที่ 17 พ.ค. 2560 จำนวนเงิน 16,800.00 บาท (เงินหนึ่งหมื่นหกพันแปดร้อยบาทถ้วน) จ่ายให้ นายอาซิด หมัดอาดัม	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอนเช็คธนาคาร (ลงชื่อ).....ผู้ลงนาม (ลงชื่อ).....ผู้ลงนาม (ลงชื่อ).....ผู้ลงนาม
---	---

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 16,800.00 บาทผู้รับเงิน (นายอาซิด หมัดอาดัม) วันที่ 19 พ.ค. 2560	ผู้จ่าย :ผู้จ่ายเงิน (นายสมพงศ์ เพชรโชค) กรรมการและเลขานุการบริหารกองทุน ฯ วันที่ 19 พ.ค. 2560
---	--

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ เดือน 19 พ.ค. 2560 พ.ศ.

ข้าพเจ้า อยู่บ้านเลขที่

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านหาร ที่อยู่.....สำนักงานเทศบาลตำบลบ้านหาร.....
เลขที่.....126.....หมู่ที่.....4.....ตำบล.....บ้านหาร.....อำเภอ.....บางกล้า.....จังหวัด.....สงขลา.....
ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
งบประมาณสนับสนุนมัสยิด หมู่ที่ 1 ต.บ้านหาร อ.บางกล้า จ.สงขลา "โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายเยาวชนมุสลิม" จำนวน 21 คน คนละ 800 บาท	16,800	-
	16,800	-

จำนวนเงิน.....16,800.-.....บาท
(เงินหนึ่งหมื่นหกพันแปดร้อยบาทถ้วน)

.....ผู้รับเงินผู้รับเงิน
(.....) (.....)
ตำแหน่ง.....ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน 19 พ.ค. 2560 พ.ศ..... วันที่.....เดือน 19 พ.ค. 2560 พ.ศ.....

.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....