

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ท่าเรือ

ที่ ๒๘/๒๕๖๐

วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรียน นาย ก องค์กรบริการส่วนตำบลท่าเรือ

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ท่าเรือ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน ตำบลท่าเรือ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ จำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ จะเป็น ผู้รับเงิน

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก
(นายบัณฑิต เลขาภกุล)
ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๑๐๐,๕๐๕.๗๘ บาท (หนึ่งแสนห้าร้อยห้าบาทเจ็ดสิบบแปดสตางค์)

ลงชื่อ _____
(นางสาวสุวิมล โดงกุล)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
วันที่ 17 ก.ค. 2560

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____
(นางสาวอามิณา กรมเมือง)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 17 ก.ค. 2560

เรียน นาย ก เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____
(นายบัณฑิต เลขาภกุล)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ
วันที่ 17 ก.ค. 2560

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____
(นายบาเสด ยาพระจันทร์)
นายก องค์กรบริการส่วนตำบลท่าเรือ
วันที่ 17 ก.ค. 2560

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/รณานัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท) Δ ทางธนาคาร

ธนาคาร _____

บัญชีเลขที่ _____

เลขที่เช็ค _____ ลงวันที่ _____

จำนวนเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

จ่ายให้ ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายบาเสด ยาพระจันทร์)
นายก องค์กรบริการส่วนตำบลท่าเรือ

ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายอิบรอฮีม อุทัยมา)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (๑)
(ออสม. 10คน)

ตำแหน่ง _____

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (๒)
(นายวิชาชีวะมาเรียม เยาว์)

ตำแหน่ง _____

วันที่ 21 ก.ค. 2560

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอามิณา กรมเมือง)

ตำแหน่ง _____

วันที่ 21 ก.ค. 2560

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ : ขอเบิกเงินค่าโครงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน ตำบลท่าเรือ เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) เพื่อจ่ายให้แก่ ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ