

## ใบเบิกเงิน

## กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ช้างเผือก

ที่ ๕/๒๕๖๐

วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรียน นายก อบต.ช้างเผือก

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ช้างเผือก ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการรณรงค์ให้เด็กนักเรียนรับประทานอาหารเช้าที่มีสารไอโอดีน ปี ๒๕๖๐ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธสง อ.ศีขรภูมิ จ.สุรินทร์ จำนวน ๑๘,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไธสง อ.ศีขรภูมิ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน ๑๘,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน เงินบำรุง(งานประกันสุขภาพ)สอ.ไธสงจะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

ผู้ขอเบิก

( นายอาลิษา หะแล )

ตำแหน่ง

เลขาธิการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ช้างเผือก

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทำรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๕๕๓,๑๖๗.๐๙ บาท (ห้าแสนห้าหมื่นสามพันหนึ่งร้อยหกสิบเจ็ดบาทเก้าสตางค์)

ลงชื่อ

( นายอดุลย์ ชีอริ )

ปลัด อบต.ช้างเผือก

วันที่

๐ ๕ ก.ค. ๒๕๖๐

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน ๑๘,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

( นายรอยาลี อีซอ )

ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

๐ ๕ ก.ค. ๒๕๖๐

เรียน นายก

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๑๘,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

( นายอดุลย์ ชีอริ )

ปลัด อบต.ช้างเผือก

วันที่

๐ ๕ ก.ค. ๒๕๖๐

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน ๑๘,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

( นายอัครเดช สีอแม )

นายก อบต.ช้างเผือก

วันที่

๐ ๕ ก.ค. ๒๕๖๐

จ่ายเป็น

Δ เชื้อซีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคาร

Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)

Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ ๒๕๕๒๕๕๕๕๕๖

เลขที่เช็ค ๑๓๔๙๑๕๗๒ ลงวันที่

จำนวนเงิน ๑๘,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

จ่ายให้ เงินบำรุง(งานประกันสุขภาพ)สอ.ไธสง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

( นายอัครเดช สีอแม )

นายก อบต.ช้างเผือก

ลงชื่อ

( นายอดุลย์ ชีอริ )

ปลัด อบต.ช้างเผือก

## หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๑๘,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน (๑)

( นพ.นภาพร ๑๐:๑๐ )

ตำแหน่ง

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน (๒)

ตำแหน่ง

วันที่

๐ ๕ ก.ค. ๒๕๖๐

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๑๘,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

ผู้จ่ายเงิน

( นายรอยาลี อีซอ )

ตำแหน่ง

วันที่

๐ ๕ ก.ค. ๒๕๖๐

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :