



ฎีกาเบิกเงิน

กองทุนสุภาพดำบลอบต.กกสะทอน

วันที่ จัดทำ 03/02/2564

เลขที่ L4759.007/2564

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา)ไว้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อบต.กกสะทอน จำนวนเงิน 24,420.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน 24,420.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน...1... ฉบับ มาให้ พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) กองทุนหลักประกันสุขภาพ รพ.สต.บ้านสุขคือ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)
(นายไชยภพ คำสุข)

ตำแหน่ง กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และ
ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้
จำนวน 349,309.81 บาท
ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย)
(นายปิยศักดิ์ แดงการณ)

ตำแหน่ง อนุกรรมการการเงินและบัญชี
วันที่ _____

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น
ลงชื่อ _____
(นายไชยภพ คำสุข)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลกกสะทอน รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ _____

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น
ลงชื่อ _____
(นายไชยภพ คำสุข)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลกกสะทอน
วันที่ _____

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 24,420.00 บาท
ลงชื่อ _____
(นายนิต บุญอาจ)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกกสะทอน
วันที่ _____

จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ขนาดดี
Δ พวงธนาคาร
ธนาคาร ...ร.ก.ส. บัญชีเลขที่ ...012338015168...
เลขที่เช็ค ...34483728... ลงวันที่ _____
จำนวนเงิน ...24,420... บาท (-สองหมื่นสี่พันสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน-)
จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) กองทุนหลักประกันสุขภาพ รพ.สต.บ้านสุขคือ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)
(นายนิต บุญอาจ)
ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)
(นางทัศนวรรณ สุทธิ)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 24,420.00 บาท
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (1)
(กองทุนหลักประกันสุขภาพ รพ.สต.บ้านสุขคือ)
ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 24,420.00 บาท
ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
(นายนิต บุญอาจ)
ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอบต.กกสะทอน
วันที่ _____

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ