

โครงการจัดตั้งสถานที่กักกัน (Local Quarantine) สำหรับผู้สัมผัสเสี่ยงสูงต่อโรคติดเชื้อไวรัส

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองทุ่งตำเสา

ที่ 14

วันที่ 30 สิงหาคม 2564

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งตำเสา

ตามที่คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองทุ่งตำเสา ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการจัดตั้งสถานที่กักกัน (Local Quarantine) สำหรับผู้สัมผัสเสี่ยงสูงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ตำบลทุ่งตำเสา ให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน เทศบาลเมืองทุ่งตำเสา จำนวน 100,000.00 บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน เทศบาลเมืองทุ่งตำเสา มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 100,000.00 บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน เทศบาลเมืองทุ่งตำเสา จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก
(นางสาวอสิฏฐาวรรณ สุวรรณะ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักทายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 1,266,794.67 บาท (หนึ่งล้านสองแสนหกหมื่นหกพันเจ็ดร้อยเก้าสิบบาทหกสิบเจ็ดสตางค์)

ลงชื่อ _____
(นางพัทยา พร้อมมูล)
ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ
วันที่ 30 ส.ค. 64

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 100,000.00 บาท

ลงชื่อ _____
(นางสาวพรณีย์ ทองสุวรรณ)
หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย
วันที่ 30 ส.ค. ๒๕๖๔

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งตำเสา
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 100,000.00 บาท

ลงชื่อ _____
(นางสาวทิวา ทวีสุต)
ปลัดเทศบาลเมืองทุ่งตำเสา
วันที่ _____

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 100,000.00 บาท

ลงชื่อ _____
(นายชอภ บัณคาญจน์)
นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งตำเสา
วันที่ 30 ส.ค. ๒๕๖๔

จ่ายเป็น
Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคัตติ
Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 010342735159
เลขที่เช็ค 43719106 ลงวันที่ _____
จำนวนเงิน 100,000.00 บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน)
จ่ายให้ เทศบาลเมืองทุ่งตำเสา

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายชอภ บัณคาญจน์)
นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งตำเสา
ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางสาวอสิฏฐาวรรณ สุวรรณะ)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 100,000.00 บาท
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (1)
ตำแหน่ง _____
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (2)
ตำแหน่ง _____
วันที่ 30 ส.ค. ๒๕๖๔

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 100,000.00 บาท
ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวภาวดี เตาสวรรณ)
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานการเงิน
วันที่ _____