

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน

ที่ 23/2565

วันที่ 11 กรกฎาคม 2565

เรียน นาย องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.เขาชัยสน ปี 2565 ให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.เขาชัยสน จำนวน 132,600.00 บาท (หนึ่งแสนสามหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.เขาชัยสน มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 8,750.00 บาท (แปดพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน พ.จ.อ.หญิง จอมขวัญ แนบเนียน จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

(พ.จ.อ.หญิง จอมขวัญ แนบเนียน)

ผู้ขอเบิก

นักวิชาการสาธารณสุข

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้การรับรองขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 386,860.36 บาท (สามแสนแปดหมื่นสามร้อยหกสิบบาทสามสิบหกสตางค์)

ลงชื่อ

(นายจรัส บำรุงเสนา)

ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ

วันที่

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน 8,750.00 บาท

ลงชื่อ

(นางสาวสุพิศ เทพภักดี)

หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

วันที่

เรียน นาย องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 8,750.00 บาท

ลงชื่อ

(นายนิยม นวลเกลี้ยง)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

วันที่

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 8,750.00 บาท

ลงชื่อ

(นายเจริญ ภิรมย์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

วันที่

จ่ายเป็น

Δ เชื้อฉีดพร้อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคา

Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

บัญชีเลขที่ 015452585910

เลขที่เช็ค 26941524

ลงวันที่

จำนวนเงิน 8,750.00 บาท (แปดพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

จ่ายให้

พ.จ.อ.หญิง จอมขวัญ แนบเนียน

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

(นายเจริญ ภิรมย์)

ผู้มีอำนาจลงนาม

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

ลงชื่อ

(นายจรัส บำรุงเสนา)

ผู้มีอำนาจลงนาม

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 8,750.00 บาท

ลงชื่อ

(*นางสุพิศ เทพภักดี*)

ผู้รับเงิน (1)

ตำแหน่ง

นักวิชาการสาธารณสุข

ลงชื่อ

()

ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 8,750.00 บาท

ลงชื่อ

(*นางสุพิศ เทพภักดี*)

ผู้จ่ายเงิน

ผ.อ.กองคลัง

วันที่

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

-ค่าเบี้ยประชุมในการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่4/65 จำนวน 2400บาท ค่าอาหารว่าง 200 บาท รวม 2600บาท -ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่3/65 จำนวน 5500บาท ค่าอาหารว่าง 650บาท รวม 6150บาท -รวมเบิก 8750 บาท