ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน

ที่ 27/2565

วันที่ 19 สิงหาคม 2565

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

ตามที่คณะกรรมการ **กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน** ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.เขาชัยสน ปี 2565** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.เขาชัยสน** จำนวน **132,600.00 บาท** (หนึ่งแสนสามหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.เขาชัยสน** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน **90,000.00 บาท** (เก้าหมื่นบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **นางสาวจอมขวัญ แนบเนียด** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ .... ผู้ขอเบิก
(พ.จ.อ.หญิง จอมขวัญ แนบเนียด)
นักวิชาการสาธารณสุข

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 195,410.36 บาท (หนึ่งแสนเก้าหมื่นห้าพันสี่ร้อยสิบบาทสามสิบหกสตางค์)

ลงชื่อ ....
(นายจำรัส บำรุงเสนา)
ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ
วันที่ ....

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 90,000.00 บาท

ลงชื่อ ....
(นางสุพิศ เทพภักดี)
หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
วันที่ ....

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 90,000.00 บาท
ลงชื่อ ....
(นายนิยม นวลเกลี้ยง)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน
วันที่ ....

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 90,000.00 บาท
ลงชื่อ ....
(นายเจริญ รักราม)
นายกอบต.เขาชัยสน
วันที่ ....

จ่ายเป็น
△ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ
△ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา อำเภอเขาชัยสน **จังหวัดพัทลุง**
บัญชีเลขที่ 015452585910
เลขที่เช็ค 26941528 ลงวันที่ 19/8/65
จำนวนเงิน 90,000.00 บาท (เก้าหมื่นบาทถ้วน)
จ่ายให้
นางสาวจอมขวัญ แนบเนียด

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ .... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายเจริญ รักราม)
นายก อบต.เขาชัยสน

ลงชื่อ .... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายจำรัส บำรุงเสนา)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 90,000.00 บาท
ลงชื่อ .... ผู้รับเงิน (1)
(จอมขวัญ แนบเนียด)
ตำแหน่ง นว.สาธารณสุข ...
ลงชื่อ .... ผู้รับเงิน (2)
(........................)
ตำแหน่ง ....
วันที่ ....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 90,000.00 บาท
ลงชื่อ .... ผู้จ่ายเงิน
(นางสุพิศ เทพภักดี)
ผอ.กองคลัง
วันที่ ....

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ : กิจกรรมจัดทำแผนงาน66 และพัฒนาศักยภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กองทุนฯ