

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง

ที่ 29/2565

วันที่ 25 มกราคม 2565

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ โรงพยาบาลพัทลุง ปี 2565 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 20,000.00 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ โรงพยาบาลพัทลุง มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 20,000.00 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน เงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

ผู้ขอเบิก

(นายศราวุธ สายสิงห์)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทราบบัญชีที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 1,479,144.15 บาท (หนึ่งล้านสี่แสนเจ็ดหมื่นเก้าพันหนึ่งร้อยสี่สิบสี่บาทสิบห้าสตางค์)

ลงชื่อ

(นางสาวพิมพ์พิชญ์ ศรีหนูสุด)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

วันที่

25 ส.ค. 2565

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน 20,000.00 บาท

ลงชื่อ

(นางสาวพรณา หนูทวี)

หัวหน้าฝ่ายบริหารงานคลัง รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

25 ส.ค. 2565

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 20,000.00 บาท

ลงชื่อ

(ปางจรินทร์ ชำสุต)

รองปลัดเทศบาล รักษาราชการแทน ปลัดเทศบาลเมืองพัทลุง

วันที่

26 ส.ค. 2565

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 20,000.00 บาท

ลงชื่อ

(นายวาทีด ไพศาลศิลป์)

นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

วันที่

26 ส.ค. 2565

จ่ายเป็น

△ เชื้อชุดพร้อม/ตัวแลกเปลี่ยน/ธนาคาร

△ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

บัญชีเลขที่ 010452594179

เลขที่เช็ค 44437546

ลงวันที่ 25 ส.ค. 2565

จำนวนเงิน 20,000.00 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)

จ่ายให้

เงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

(นายศราวุธ สายสิงห์)

ผู้มีอำนาจลงนาม

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ลงชื่อ

(นายวาทีด ไพศาลศิลป์)

ผู้มีอำนาจลงนาม

นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 20,000.00 บาท

ลงชื่อ

นางสาว อิ่มใจ อิ่มใจ

ผู้รับเงิน (1)

(น.ส. อิ่มใจ อิ่มใจ)

ตำแหน่ง

นพ. ก. ๒๕๕๕

ลงชื่อ

()

ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

วันที่

25 ก.พ. 2565

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 20,000.00 บาท

ลงชื่อ

นางสาวเพ็ญภา หนูทวี

ผู้จ่ายเงิน

()

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่

25 ก.พ. 2565

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :



เล่มที่ พ.ท. 0673

เลขที่ 008

ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการ โรงพยาบาลนครพิงค์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ ๒๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

ได้รับเงินจาก กองทุนสวัสดิการประเพณีสงกรานต์ภาคเหนือนครพิงค์ ตามรายละเอียดดังนี้

๘.๖.๖๖๔

รายการ	จำนวนเงิน
เงินสนับสนุนโครงการกองทุนสวัสดิการประเพณีสงกรานต์ภาคเหนือนครพิงค์	196,315 -
รวมบาท	196,315 -

จำนวนเงิน - หนึ่งแสนเก้าหมื่นสามร้อยสิบห้าบาทถ้วน บาท

(ตัวอักษร)
ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ คตง

ตำแหน่ง นางสาว

พิมพ์ครั้งที่ 2 (มี.ค.64) 0501-1000




บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 8001 01865 58 6
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย จรุง บุญกาญจน์
 Name Mr. Jaroong

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย จรุง บุญกาญจน์
 Last name Bunyakan

เกิดวันที่ 21 ธ.ค. 2509
 Date of Birth 21 Dec. 1966

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 271/3 หมู่ที่ 1 ต.ลิซล อ.ลิซล
 จ.นครศรีธรรมราช

13 มี.ค. 2561
 วันออกบัตร
 13-Mar. 2018
 Date of Issue

20 ธ.ค. 2569
 วันหมดอายุ
 20 Dec.
 Expiry

8014-04-03131447



เอกสารฉบับนี้ใช้ประกอบการรับเงินค่าห้องพยาบาลหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพัทลุง เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

(Handwritten signature)

(นายจรุง บุญกาญจน์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง

BORA-2.0-02-2560



ประเทศไทย
 THAILAND

MEO--1205381-24

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....โรงพยาบาลพัทลุง
วันที่ 23 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นายจรง บุญกาญจน์ อายุ 55 ปี
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 421 หมู่ที่ - ตรอก/ ซอย -
ถนน งามสวรรค์ ตำบล/แขวง คูหาสวรรค์ อำเภอ/เขต เมือง
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 074-609500

ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่.....
ได้มอบอำนาจให้ นางสาวมารศรี อินทรียอด อายุ 37 ปี
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 195 หมู่ที่ 5 ตรอก/ ซอย -
ถนน - ตำบล/แขวง บ้านแต อำเภอ/เขต ควนขนุน
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 093-6093829

เป็นผู้มีอำนาจ.....รับเงินสนับสนุนโครงการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพัทลุง
.....แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนั้น ให้ถือเสมือนหนึ่งเป็น
การกระทำของข้าพเจ้า และเพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
ต่างได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... (นายจรง บุญกาญจน์) ผู้มอบอำนาจ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง

ลงชื่อ..... มารศรี อินทรียอด ผู้รับมอบอำนาจ
(มารศรี อินทรียอด)

ลงชื่อ..... พยาน
(นายอินทร์ วิชาญ)

ลงชื่อ..... พยาน
(นางสาว พัทลุง)