

# ใบเบิกเงิน

## กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลนาประดู่

ที่ 7/2560

วันที่ 06 ก.ย. 2560

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาประดู่

ตามที่คณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาประดู่ ได้อนุมัติโครงการศูนย์เด็กปลอดภัย ให้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลนาประดู่ จำนวน 12,000 บาท นั้น กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาประดู่ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน 12,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตาม โครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบเอกสารหลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางดุขฎิ บุญรักษ์ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก  
(นางสาวซารุณีย์ ตาเล๊ะ)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 416,096.24 บาท (สี่แสนหนึ่งหมื่นหกพันเก้าสิบบาท ยี่สิบสี่สตางค์) ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (นางสาวซารุณีย์ ตาเล๊ะ) วันที่ 06 ก.ย. 2560	เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 12,000.- บาท ลงชื่อ ..... (นางมลลดาทิพย์ แวดโต) ผู้อำนวยการกองคลัง วันที่ 06 ก.ย. 2560
เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาประดู่ เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 12,000.- บาท ลงชื่อ ..... (นายนิรัตน์ สังข์เงิน) ปลัดเทศบาลตำบลนาประดู่ วันที่ 06 ก.ย. 2560	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 12,000.- บาท ลงชื่อ ..... (นายชาญชัย เกียรติศักดิ์โสภณ) นายกเทศมนตรีตำบลนาประดู่ วันที่ 06 ก.ย. 2560
จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท) Δ ทางธนาคาร ธนาคาร ธกส.สาขานาประดู่ บัญชีเลขที่ 01-611-2-52771-5 (บัญชีกองทุน) เลขที่เช็ค ..... ลงวันที่ ..... จำนวนเงิน 12,000 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) จ่ายให้ นางดุขฎิ บุญรักษ์	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (นายชาญชัย เกียรติศักดิ์โสภณ) ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (นางมลลดาทิพย์ แวดโต)

### หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 12,000.- บาท ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1) (นางดุขฎิ บุญรักษ์) ตำแหน่ง ครูผู้ดูแลเด็ก วันที่ .....	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 12,000.- บาท ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน (นางสาวซารุณีย์ ตาเล๊ะ) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขปฏิบัติงาน วันที่ .....
--	---

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ