

# ใบเบิกเงิน

## กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลนาประดู่

ที่ 5/2560

วันที่ 24 เม.ย. 2560

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาประดู่

ตามที่คณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาประดู่ ได้อนุมัติโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ "เพื่อนช่วยเพื่อน" ปีงบประมาณ 2560 ให้แก่ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาประดู่ จำนวน 30,000 บาท นั้น กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาประดู่ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน 30,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตาม โครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบเอกสารหลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นายนิพนธ์ ศิลป์นรประสาธน์ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก  
(นางสาวซารุณีย์ ตาเล๊ะ)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ห้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 374,446.24 บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นสี่พันสี่ร้อยสี่สิบบาทยี่สิบสี่สตางค์) ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (นางสาวซารุณีย์ ตาเล๊ะ) วันที่ 24 เม.ย. 2560	เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 30,000.- บาท ลงชื่อ ..... (นางมลชชาติพย์ แวโด) ผู้อำนวยการกองคลัง วันที่ 24 เม.ย. 2560
เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาประดู่ เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 30,000.- บาท ลงชื่อ ..... (นายนิรัตน์ สังข์เงิน) ปลัดเทศบาลตำบลนาประดู่ วันที่ 24 เม.ย. 2560	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 30,000.- บาท ลงชื่อ ..... (นายชาญชัย เกียรติศักดิ์โสภณ) นายกเทศมนตรีตำบลนาประดู่ วันที่ 24 เม.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 30,000 บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) จ่ายให้ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาประดู่	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (นายชาญชัย เกียรติศักดิ์โสภณ) ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (นางมลชชาติพย์ แวโด)

### หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 30,000.- บาท ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1) (นายนิพนธ์ ศิลป์นรประสาธน์) ตำแหน่ง ประธาน ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาประดู่ วันที่ 24 เม.ย. 2560	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 30,000.- บาท ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน (นางสาวซารุณีย์ ตาเล๊ะ) ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน วันที่ 24 เม.ย. 2560
---	--

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ