

## ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง

ที่ 52/2565

วันที่ 5 เมษายน 2565

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ศูนย์แพทย์ชุมชนท่ามิหรำ ปีงบประมาณ 2565 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนท่ามิหรำ โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนท่ามิหรำ โรงพยาบาลพัทลุง มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน เงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

( นายศราวุธ สายสิงห์ )

ผู้ขอเบิก

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทรากรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 1,213,267.15 บาท (หนึ่งล้านสองแสนหนึ่งหมื่นสามพันสองร้อยหกสิบเจ็ดบาทสิบห้าสตางค์)

ลงชื่อ

( นางสาวนีย์ รัตนชม )

เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

วันที่

- 5 เม.ย. 2565

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน 12,000.00 บาท

ลงชื่อ

( นางนันทิรา ปิสิตรี )

ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

- 5 เม.ย. 2565

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 12,000.00 บาท

ลงชื่อ

( นางสาวชนิตาภา นิลกุศรี )

ปลัดเทศบาลเมืองพัทลุง

วันที่

- 7 เม.ย. 2565

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 12,000.00 บาท

ลงชื่อ

( นายวาทิต ไพศาลศิลป์ )

นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

วันที่

- 7 เม.ย. 2565

จ่ายเป็น

△ เชื้อฉีดพร้อม/ตัวแลกเงิน/ชานมดี

△ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

บัญชีเลขที่ 010452594179

เลขที่เช็ค 44437557

ลงวันที่ - 5 เม.ย. 2565

จำนวนเงิน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน)

จ่ายให้

เงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

( นายศราวุธ สายสิงห์ )

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ

( นายวาทิต ไพศาลศิลป์ )

นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

ผู้มีอำนาจลงนาม

## หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 12,000.00 บาท

ลงชื่อ

( นางนันทิรา ปิสิตรี )

ผู้รับเงิน (1)

ตำแหน่ง

ผ.บ.ท.อ.๖๐๐

ลงชื่อ

( )

ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

ผ.บ.ท.อ.๖๐๐

วันที่

27 เม.ย. 2565

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 12,000.00 บาท

ลงชื่อ

( นางสาวเพ็ญภา หนูฤทธิ์ )

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผู้จ่ายเงิน

วันที่

27 เม.ย. 2565

หมายเหตุ (1) ให้แนบลำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :





เล่มที่ พ.ท. 0673

เลขที่ 074

### ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการ โรงพยาบาลหัตถ์คว สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 27 เดือน เมษายน พ.ศ. 2525

ได้รับเงินจาก กองทุนคลังแพทย์โรงพยาบาลหัตถ์คว ตามรายละเอียดดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
เงินต้นคืนโครงการกองทุนคลังแพทย์โรงพยาบาลหัตถ์คว	98,185 -
หัตถ์คว	
รวมบาท	98,185

จ.ม.ว.ช.๗

จำนวนเงิน - เกินมีแปดพันแปดร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน (ตัวอักษร)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ ดร.

ตำแหน่ง นายแพทย์



พิมพ์ครั้งที่ 2 (มี.ค.64) 0501-1000

# หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....โรงพยาบาลพัทลุง  
วันที่ 25 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นายจรงค์ บุญกาญจน์ อายุ 56 ปี  
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 421 หมู่ที่ - ตรอก/ ซอย.....  
ถนน ราเมศวร์ ตำบล/แขวง คูหาสวรรค์ อำเภอ/เขต เมือง  
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 93000

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนั้น ให้ถือเสมือนหนึ่งเป็น  
การกระทำของข้าพเจ้า และเพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ  
ต่างได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....  
(นายจรงค์ บุญกาญจน์) ผู้มอบอำนาจ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง

ลงชื่อ.....  
(น.ส.มารศรี อินทรีย์อด) ผู้รับมอบอำนาจ

ลงชื่อ..... พยาน  
(ทองเพ็ญวิภากร อดิษฐ์)

ลงชื่อ..... พยาน  
(นายอินทร์ ธิ์๒๑๕)



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

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย จรุง บุญกาญจน์  
 Name Mr. Jaroon Bunyakan

Last name Bunyakan

เกิดวันที่ 21 ธ.ค. 2509

Date of Birth 21 Dec. 1966

ศาสนา พุทธ

ที่อยู 271/3 หมู่ที่ 1 ต.สีชล อ.สีชล

จ.นครศรีธรรมราช

13 มี.ค. 2561

วันออกบัตร

13-Mar. 2018

Date of Issue

รหัสประจำตัว

(คำที่ต่อท้ายบัตร)

เจ้าหน้าที่ออกบัตร

20 ธ.ค. 2568

วันหมดอายุ

20 Dec. 2026

Date of Expiry



8014-04-03131447

เอกสารฉบับนี้ใช้ประกอบการรับเงินสนับสนุน  
 สำนักงานเทศบาลเมืองพัทลุง เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

*(Handwritten signature)*

(นายจรุง บุญกาญจน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง




**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9305 00033 00 5  
**ชื่อและนามสกุล น.ส. มารศรี อินทรีย์ยอด**  
 Name Miss Marasri  
 Last name Inyod  
 เกิดวันที่ 22 พ.ย. 2528 Date of Birth 22 Nov. 1985  
 ศาสนา พุทธ  
 อายุ 195 ซม. 5 ต.บ้านแค อ.ควนขนุน จ.พัทลุง  
 12 พ.ย. 2557 21 พ.ย. 2565  
 12 Nov. 2014 21 Nov. 2021  
 (ชายต้องใส่ภาพ) (ชายต้องใส่ภาพ)  
 Date of Issue Date of Expiry 9305-01-11120834



เอกสารฉบับนี้ใช้ประกอบการรับเงินสนับสนุนโครงการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพัทลุง เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

มารศรี อินทรีย์ยอด

(น.ส.มารศรี อินทรีย์ยอด)