

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง

ที่ 53/2565

วันที่ 5 เมษายน 2565

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมความรู้การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีศูนย์แพทย์ชุมชนท่ามิหรำ ปังงบประมาณ 2565 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนท่ามิหรำ โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 14,775.00 บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนท่ามิหรำ โรงพยาบาลพัทลุง มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 14,775.00 บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสารหลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน เงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

(นายศราวุธ สายสิงห์)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ผู้ขอเบิก

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักท้วงรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อย มียอดเงินคงเหลือ 1,198,492.15 บาท (หนึ่งล้านหนึ่งแสนเก้าหมื่นแปดพันสี่ร้อยเก้าสิบบาทสิบห้าสตางค์)

ลงชื่อ

(นางสาวนีย์ รัตนชุม)
เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

วันที่

- 5 เม.ย. 2565

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน 14,775.00 บาท

ลงชื่อ

(นายมนตรี ปิลาธิโร)
ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

- 5 เม.ย. 2565

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 14,775.00 บาท

ลงชื่อ

(นางสาวชนิดาภา นิลสุศรี)
ปลัดเทศบาลเมืองพัทลุง

วันที่

- 7 เม.ย. 2565

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 14,775.00 บาท

ลงชื่อ

(นายวาทีท โพศาลศิลป์)
นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

วันที่

- 7 เม.ย. 2565

จ่ายเป็น

Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคาร

Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

บัญชีเลขที่ 010452594179

เลขที่เช็ค 44437557

ลงวันที่ 5 เม.ย. 2565

จำนวนเงิน 14,775.00 บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)

จ่ายให้

เงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

(นายศราวุธ สายสิงห์)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ

(นายวาทีท โพศาลศิลป์)
นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

ผู้มีอำนาจลงนาม

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 14,775.00 บาท

ลงชื่อ

(นางสาวเพ็ญภา หนูฤทธิ์)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผู้รับเงิน (1)

ตำแหน่ง

นางสาวเพ็ญภา หนูฤทธิ์

ลงชื่อ

()

ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

()

วันที่

27 เม.ย. 2565

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 14,775.00 บาท

ลงชื่อ

(นางสาวเพ็ญภา หนูฤทธิ์)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผู้จ่ายเงิน

วันที่

27 เม.ย. 2565

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

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 ควนขนุน
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 093-6093829

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนั้น ให้ถือเสมือนหนึ่งเป็น
การกระทำของข้าพเจ้า และเพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
ต่างได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....
(นายจรงค์ บุญกาญจน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง

ลงชื่อ.....
(น.ส.มารศรี อินทรีย์อด)

ลงชื่อ.....
(นางศุภมาส อ่อนรัตน์)

ลงชื่อ.....
(นายอินทร์ อ้อบ่อ)



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.เสีชล อ.เสีชล

จ.นครศรีธรรมราช

13 มี.ค. 2561

วันออกบัตร

13-Mar. 2018

Date of Issue

รอสำเนาบัตร

(คำที่ติดมาจะไม่มี)

เจ้าหน้าที่ออกบัตร

20 ธ.ค. 2588

วันหมดอายุ

20 Dec. 2026

Date of Expiry



8014-04-03131447

เอกสารฉบับนี้ใช้ประกอบการรับเงินสนับสนุนโครงการพัฒนาระบบสุขภาพเทศบาลเมืองพัทลุง เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

(Handwritten signature)

(นายจรุง บุญกาญจน์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9305 00033 00 5
 ชื่อและนามสกุล น.ส. มารศรี อินทรีย์อด
 Name Miss Marasri
 Last name Inyod
 เกิดวันที่ 22 พ.ย. 2528
 Date of Birth 22 Nov. 1985
 ศาสนา พุทธ
 อายุ 195 ซม. 5 ต. 3 นิ้ว 5 ค. 3 นิ้ว 5 ค. 3 นิ้ว 5 ค. 3 นิ้ว 5 ค. 3 นิ้ว
 4. พท. 04
 12 พ.ย. 2557
 วันระงับบัตร 12 Nov. 2014 (ขง. 12 พ.ย. 2557)
 Date of Issue 12 Nov. 2014 (ขง. 12 พ.ย. 2557)
 21 พ.ย. 2565
 วันระงับอายุ 21 Nov. 2022
 Date of Expiry 21 Nov. 2022
 9305-01-11120524

เอกสารฉบับนี้ใช้ประกอบการรับเงินสนับสนุนโครงการจากกองทุนคลังประจักษ์สุขภาพเทศบาลเมืองพัทลุง เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

มารศรี อินทรีย์อด

(น.ส.มารศรี อินทรีย์อด)