

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.บาไร่

ที่ 14/2565

วันที่ 28 มีนาคม 2565

เรียน นายก อบต.บาไร่

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.บาไร่ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการปลอดบุหรี่ป้องกันใช้เลือดออก ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงเรียนบ้านต้นหยง จำนวน 8,900.00 บาท (แปดพันเก้าร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงเรียนบ้านต้นหยง มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 8,900.00 บาท (แปดพันเก้าร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน โรงเรียนบ้านต้นหยง บัญชีเลขที่ 020206739944 ชื่อบัญชี เงินฝากออมทรัพย์โรงเรียนบ้านต้นหยง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

(นางสาวเมธาวี ทิพย์มณฑียร)
ปลัด อบต.บาไร่

ผู้ขอเบิก

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 1,389,506.47 บาท (หนึ่งล้านสามแสนแปดหมื่นเก้าพันห้าร้อยหกบาทสี่สิบเจ็ดสตางค์)

ลงชื่อ นางสาวอมรรัตน์ สำภาทอง
(นางสาวอมรรัตน์ สำภาทอง)
นักวิชาการเงินและบัญชี

วันที่ 4 มี.ย.65

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 8,900.00 บาท

ลงชื่อ นางสาวอมรรัตน์ สำภาทอง
(นางสาวอมรรัตน์ สำภาทอง)
นวก.การเงินและบัญชี รก.ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่ 4 มี.ย.65

เรียน นายก อบต.บาไร่ เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 8,900.00 บาท

ลงชื่อ นางสาวเมธาวี ทิพย์มณฑียร
(นางสาวเมธาวี ทิพย์มณฑียร)
ปลัด อบต.บาไร่

วันที่ 4 มี.ย.65

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 8,900.00 บาท

ลงชื่อ นายอัครพร อธิทานะ
(นายอัครพร อธิทานะ)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบาไร่

วันที่ 4 มี.ย.65

จ่ายเป็น
Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ
Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาเขตหา
บัญชีเลขที่ 013612421839
เลขที่เช็ค 98594333 ลงวันที่ 4 มี.ย.65
จำนวนเงิน 8,900.00 บาท (แปดพันเก้าร้อยบาทถ้วน)
จ่ายให้
โรงเรียนบ้านต้นหยง บัญชีเลขที่ 020206739944 ชื่อบัญชี เงินฝากออมทรัพย์
โรงเรียนบ้านต้นหยง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ นายอัครพร อธิทานะ
(นายอัครพร อธิทานะ)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบาไร่

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ นางสาวชลมา หะยิสะมะเอ
(นางสาวชลมา หะยิสะมะเอ)
หน.ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 8,900.00 บาท

ลงชื่อ นางสาวอมรรัตน์ สำภาทอง ผู้รับเงิน (1)
(นางสาวอมรรัตน์ สำภาทอง)
ตำแหน่ง ค.ร.

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (2)
(_____)
ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 8,900.00 บาท

ลงชื่อ นางสาวอมรรัตน์ สำภาทอง ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอมรรัตน์ สำภาทอง)
นวก.การเงินและบัญชี รก.ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่ _____

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :