กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองบ้านพรุ

1/2565

วันที่ 1 มิถุนายน 2565

น นายก เทศมนตรีเมืองบ้านพรุ

ตามที่คณะกรรมการ **กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองบ้านพรุ** ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการในชุมช**
หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **ประธาน อสม.ชุมชนเขต 8** จำนวน **17,100.00 บาท** (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **ประธาน อสม.ชุมชนเขต 8 มี**
ะสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 17,100.00 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประ
เงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **นางนภาพร รัตนชล และ นางสมศรี จิตต์รักเกียรติ และ นางกาญจนา เวยสาร** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ข
(นางสาวพิมพ์ใจ รัตนะ)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป
มทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 2,921,636.50 บาท
องล้านเก้าแสนสองหมื่นหนึ่งพันหกร้อยสามสิบหกบาทห้าสิบสตางค์)

ชื่อ .....
(นางอรนุช ดำดี)
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานคลัง
ที่ - 7 มิ.ย. 2565

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 17,100.00 บาท

ลงชื่อ .....
(นางรัตนา ยังยืน)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ - 7 มิ.ย. 2565

ยน นายก เทศมนตรีเมืองบ้านพรุ
นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 17,100.00 บาท
งชื่อ .....
(นายอดิศักดิ์ รัตนะ)
ปลัดเทศบาลเมืองบ้านพรุ
นที่ .....

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 17,100.00 บาท
ลงชื่อ .....
(นายวินัย รัตนพันธ์)
นายกเทศมนตรีเมืองบ้านพรุ
วันที่ .....

่ายเป็น
△ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ
△ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาบ้านพรุ
บัญชีเลขที่ 010342688045
เลขที่เช็ค 41845117 ลงวันที่ 14 มิ.ย. 2565
จำนวนเงิน 17,100.00 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)
จ่ายให้
นางนภาพร รัตนชล และ นางสมศรี จิตต์รักเกียรติ และ นางกาญจนา เวยสาร

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ .....
(นายวินัย รัตนพันธ์)
ประธานกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เทศบาลเมืองบ้
ลงชื่อ .....
(นายอดิศักดิ์ รัตนะ)
ปลัดเทศบาลเมืองบ้านพรุ เลขานุการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 17,100.00 บาท
ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1)
(นภาพร รัตนชล)
ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (2)
(สมศรี จิตต์รักเกียรติ)
ตำแหน่ง .....
วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 17,100.00 บาท
ลงชื่อ ..... ผู้จ่
(นางสาวจุฑารัตน์ นวลใย)
ผู้ช่วยเจ้าพนักงานธุรการ
วันที่ 14 มิ.ย. 2565

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

สแกนด้วย CamScanner