

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเขาย้ายสน

ที่ 2/2566

วันที่ 1 ธันวาคม 2565

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเขาย้ายสน

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเขาย้ายสน ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการเด็กไทยฟันดี ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงเรียนเทศบาลเขาย้ายสน จำนวน 20,360.00 บาท (สองหมื่นสามร้อยหกสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงเรียนเทศบาลเขาย้ายสน มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 20,360.00 บาท (สองหมื่นสามร้อยหกสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางกุลระวี ศรีสุวรรณ จะเป็น ผู้รับเงิน

ลงชื่อ

(นางปิยะวรรณ เกษรสวัสดิ์)
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข

ผู้ขอเบิก

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 76,975.92 บาท (เจ็ดหมื่นหกพันเก้าร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วนเก้าสิบสองสตางค์)

ลงชื่อ (นางจำเนียร แก่นวงศา)
หัวหน้าฝ่ายพัฒนารายได้

วันที่ 1 S.A. 2565

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 20,360.00 บาท

ลงชื่อ (นางสุวิมล แก้วรัตน์)
ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่ 1 S.A. 2565

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเขาย้ายสน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 20,360.00 บาท

ลงชื่อ (นางสาวสุพรรณิ มาสวัสดิ์)
ปลัดเทศบาลตำบลเขาย้ายสน

วันที่ 1 S.A. 2565

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 20,360.00 บาท

ลงชื่อ (นายสมบุญ เทล้าทอง)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาย้ายสน

วันที่ 1 S.A. 2565

จ่ายเป็น

เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ
เลขที่เช็ค 46836753
ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2565
จำนวนเงิน 20,360.00 บาท (สองหมื่นสามร้อยหกสิบบาทถ้วน)
จ่ายให้
โรงเรียนเทศบาลเขาย้ายสน

เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชี เลขที่ 015452580839

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ (นายสมบุญ เทล้าทอง)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาย้ายสน

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ (นางสุวิมล แก้วรัตน์)
ผู้อำนวยการกองคลัง

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 20,360.00 บาท

ลงชื่อ (นางกุลระวี ศรีสุวรรณ) ผู้รับเงิน (1)

ตำแหน่ง 7 S.A. 2565

ลงชื่อ () ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 20,360.00 บาท

ลงชื่อ (นางจำเนียร แก่นวงศา) ผู้จ่ายเงิน

ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายพัฒนารายได้

วันที่ 7 S.A. 2565

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :