

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเขาชัยสน

ที่ 8/2566

วันที่ 15 ธันวาคม 2565

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเขาชัยสน

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเขาชัยสน ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการเฝ้าระวังการเกิดโรคระบาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเขาชัยสน ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเขาชัยสน จำนวน 10,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเขาชัยสน มีความประสงค์ขอเบิกเงินจำนวน 10,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสุภา ทองประทีป จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ (นางปิยะวรรณ เกษรสวัสดิ์) ผู้ขอเบิก
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 25,035.92 บาท (สองหมื่นห้าพันสามสิบบาทเก้าสิบสองสตางค์)

ลงชื่อ (นางจำเนียร แก่นวงศา) หัวหน้าฝ่ายพัฒนารายได้
วันที่ 15 ธ.ค. 2565

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 10,000.00 บาท

ลงชื่อ (นางสุณี แก้วรัตน์) ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 15 S.A. 2565

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเขาชัยสน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 10,000.00 บาท

ลงชื่อ (นางสาวสุพรรณิ มาสวัสดิ์) ปลัดเทศบาลตำบลเขาชัยสน
วันที่ 15 S.A. 2565

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 10,000.00 บาท

ลงชื่อ (นายสมบูรณ์ เหล่าทอง) นายกเทศมนตรีตำบลเขาชัยสน
วันที่ 15 S.A. 2565

จ่ายเป็น

เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ เลขที่เช็ค 468367759 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2565 จำนวนเงิน 10,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) จ่ายให้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเขาชัยสน

เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชี เลขที่ 015452580839

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ (นายสมบูรณ์ เหล่าทอง) นายกเทศมนตรีตำบลเขาชัยสน ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ (นางสุณี แก้วรัตน์) ผู้อำนวยการกองคลัง ผู้มีอำนาจลงนาม

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 10,000.00 บาท

ลงชื่อ (นางสุภา ทองประทีป) ผู้รับเงิน (1)
ตำแหน่ง

ลงชื่อ () ผู้รับเงิน (2)
ตำแหน่ง
วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 10,000.00 บาท

ลงชื่อ (นางจำเนียร แก่นวงศา) หัวหน้าฝ่ายพัฒนารายได้ ผู้จ่ายเงิน
วันที่ 22 S.A. 2565

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :