

## ใบเบิกเงิน

## กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565

ที่ 13/2566

เรียน นาย กงค์การบริการส่วนตำบลท่าเรือ

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย อายุระหว่าง 2 - 5 ขวบ ประจำปีงบประมาณ 2566 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร่ทอง ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร่ทอง จำนวน 7,020.00 บาท (เจ็ดพันยี่สิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร่ทอง มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 7,020.00 บาท (เจ็ดพันยี่สิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร่ทอง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

(นางสุวิมล ไบมะหาด)

ผู้ขอเบิก

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักท้วงการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 22,200.00 บาท (สองหมื่นสองพันสองร้อยบาทถ้วน)

ลงชื่อ

(นางสาวนัจฉรา ทังนารอบ)

นักวิชาการเงินและบัญชี

วันที่

25 พ.ย. 2565

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน 7,020.00 บาท

ลงชื่อ

(นางสาวอามิลา กรมเมือง)

วันที่

25 พ.ย. 2565

เรียน นาย กงค์การบริการส่วนตำบลท่าเรือ

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 7,020.00 บาท

ลงชื่อ

(นายบัณฑิต เลขะกุล)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

วันที่

25 พ.ย. 2565

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 7,020.00 บาท

ลงชื่อ

(นายคนรอสัก เปรมใจ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

วันที่

25 พ.ย. 2565

จ่ายเป็น

 เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคัตติ

เลขที่เช็ค 361 270 63

ลงวันที่ 28 พ.ย. 2565

จำนวนเงิน 7,020.00 บาท (เจ็ดพันยี่สิบบาทถ้วน)

จ่ายให้

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร่ทอง

 เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท) ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาท่าแพ จ.สตูล บัญชี

เลขที่ 010752429575

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

(นายคนรอสัก เปรมใจ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

ลงชื่อ

(นายสอาด กาศิไลน)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

## หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 7,020.00 บาท

ลงชื่อ

(นางสาวสิริมาวรรณ นริสโรจน์)

ผู้รับเงิน (1)

ตำแหน่ง

ลงชื่อ

(นางสาวอรรณี นริสโรจน์)

ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

วันที่

6/12/2565

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 7,020.00 บาท

ลงชื่อ

(นางสาวอามิลา กรมเมือง)

ผู้จ่ายเงิน

ตำแหน่ง

ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

ขอเบิกเงินค่าโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย อายุระหว่าง 2 - 5 ขวบ ประจำปีงบประมาณ 2566 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร่ทอง เพื่อจ่ายให้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร่ทอง เป็นเงิน 7,020 บาท(เจ็ดพันยี่สิบบาทถ้วน)