ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ท่าเรือ

ที่ ๓๐/๒๕๖๑ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรียน นายก องค์การบริการส่วนตำบลท่าเรือ

ตามที่คณะกรรมการ **กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ท่าเรือ** ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลท่าเรือ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลท่าเรือ** จำนวน **๕๙,๐๓๔.๐๐ บาท** (ห้าหมื่นเก้าพันสามสิบสี่บาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลท่าเรือ** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน **๕๐๐.๐๐ บาท** (ห้าร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลท่าเรือ** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก
(นายบัณฑิต เลขะกุล)
ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๑๒๙,๐๐๖.๙๓ บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นเก้าพันหกบาทเก้าสิบสามสตางค์)

ลงชื่อ .....
(นางสาวสุวิมล โดงกูล)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
วันที่ 31 ก.ค. 2561

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน ๕๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(นางสาวอามินา กรมเมือง)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 31 ก.ค. 2561

เรียน นายก
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๕๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(นายบัณฑิต เลขะกุล)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ
วันที่ 31 ก.ค. 2561

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(นายบาเสด ยาพระจันทร์)
นายก องค์การบริการส่วนตำบลท่าเรือ
วันที่ 31 ก.ค. 2561

จ่ายเป็น
△ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ
△ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)
△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาท่าแพ จ.สตูล
บัญชีเลขที่ ๐๑๐๗๕๒๔๒๙๕๗๕
เลขที่เช็ค 11332429 ลงวันที่ 6 ส.ค. 61
จำนวนเงิน ๕๐๐.๐๐ บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)
จ่ายให้ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลท่าเรือ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายบาเสด ยาพระจันทร์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางสาวสุวิมล โดงกูล)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๕๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (๑)
(นางนัฐวดี รอเกต)
ตำแหน่ง -
ลงชื่อ - ผู้รับเงิน (๒)
(-)
ตำแหน่ง -
วันที่ 6 ส.ค. 2561

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๕๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอามินา กรมเมือง)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 6 ส.ค. 2561

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :ขอเบิกค่าจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ใช้ในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑) เป็นเงิน ๕๐๐ บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)