ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ตะปอเยาะ

ที่ 1/2567 **วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566**

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลตะปอเยาะ

ตามที่คณะกรรมการ **กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ตะปอเยาะ** ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ตะปอเยาะ ประจำปีงบประมาณ 2567** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **ฝ่ายเลขานุการกองทุน** จำนวน **120,925.00 บาท** (หนึ่งแสนสองหมื่นเก้าร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **ฝ่ายเลขานุการกองทุน** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน **9,900.00 บาท** (เก้าพันเก้าร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว **พร้อมนี้ได้แนบ** เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **นายรอยาลี เบญญาอีส** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก
(นางฮนีซะห์ สะมะแอ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ
124,470.33 บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นสี่พันสี่ร้อยเจ็ดสิบบาทสามสิบสามสตางค์)
ลงชื่อ
(นางวิไลวรรณ ขวัญอ่อน)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 9,900.00 บาท
ลงชื่อ
(นางวิไลวรรณขวัญอ่อน)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลตะปอเยาะ
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 9,900.00 บาท
ลงชื่อ
(นายรอยาลีเบญยาอีส)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตะปอเยาะ
วันที่

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 9,900.00 บาท
ลงชื่อ
(นายตอเละ เซ็ง)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่

จ่ายเป็น
- (●) เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ
  - เลขที่เช็ค 41304578
  - ลงวันที่ 26 พ.ย. 66
  - จำนวนเงิน 9,900.00 บาท (เก้าพันเก้าร้อยบาทถ้วน)
  - จ่ายให้ ฝ่ายเลขานุการกองทุน
- ( ) เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
- ( ) ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 010558043731

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางวิไลวรรณขวัญอ่อน)
ผู้อำนวยการกองคลัง
ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายตอเละ เซ็ง)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตะปอเยาะ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 9,900.00 บาท
ลงชื่อ ผู้รับเงิน (1)
(นางฮนีซะห์ สะมะแอ)
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
ลงชื่อ ผู้รับเงิน (2)
( )
ตำแหน่ง
วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 9,900.00 บาท
ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน
(นางวิไลวรรณขวัญอ่อน)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :