

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง

ที่ 19/2567

วันที่ 15 มกราคม 2567

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมความรู้และคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ ปี 2567 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ จำนวน 40,190.00 บาท (สี่หมื่นหนึ่งร้อยเก้าสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 40,190.00 บาท (สี่หมื่นหนึ่งร้อยเก้าสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงินเงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

[Signature]

ผู้ขอเบิก

(นายศราวุธ สายสิงห์)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 1,506,202.26 บาท (หนึ่งล้านห้าแสนหกพันสองร้อยสองบาทยี่สิบหกสตางค์)
ลงชื่อ (นางสาวพิมพ์พิชญ์ ศรีหนูสุด)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
วันที่

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 40,190.00 บาท
ลงชื่อ (นางมนทิรา ปิสิตโร)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 40,190.00 บาท
ลงชื่อ (สibtarawong suktham thirayitkiew)
ปลัดเทศบาลเมืองพัทลุง
วันที่ 15 มค. 2567

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 40,190.00 บาท
ลงชื่อ (นายวาทีต ไพศาลศิลป์)
นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง
วันที่

จ่ายเป็น
 เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ชานาณัติ เลขที่เช็ค 50786129 ลงวันที่ 15 มกราคม 2567 จำนวนเงิน 40,190.00 บาท (สี่หมื่นหนึ่งร้อยเก้าสิบบาทถ้วน) จ่ายให้ เงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง
 เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
 ทางธนาคาร ชนาครเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 010452594179

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ (นายศราวุธ สายสิงห์) ผู้มีอำนาจลงนาม
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
ลงชื่อ (นายวาทีต ไพศาลศิลป์) ผู้มีอำนาจลงนาม
นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 40,190.00 บาท
ลงชื่อ (ศิวาภา นงศิริ) ผู้รับเงิน (1)
(นางสาวฉวีศานติ นงศิริ) ผู้รับเงิน (2)
ตำแหน่ง
ลงชื่อ
ตำแหน่ง
วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 40,190.00 บาท
ลงชื่อ (นางสาวเพ็ญภา บุญยก) ผู้จ่ายเงิน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....โรงพยาบาลพัทลุง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นายสุทธิรักษ์ บัวแก้ว อายุ.....ปี
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 421 หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน งามสวรรค์ ตำบล/แขวง คูหาสวรรค์ อำเภอ/เขต เมือง
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 074-609500

ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่.....
ได้มอบอำนาจให้ นางสาวมารศรี อินทรีย์อด อายุ.....ปี
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 195 หมู่ที่ 5 ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง ปันแต อำเภอ/เขต ควนขนุน
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 093-6093829

เป็นผู้มีอำนาจ.....รับเงินสนับสนุนโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพัทลุง.....
.....แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนั้น ให้ถือเสมือนหนึ่งเป็น
การกระทำของข้าพเจ้า และเพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
ต่างได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(นายสุทธิรักษ์ บัวแก้ว)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

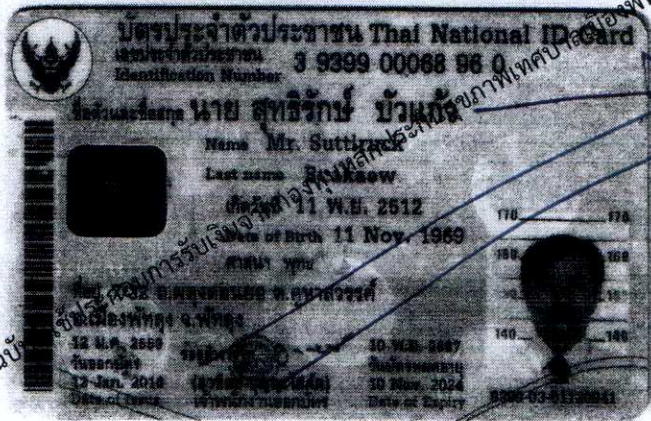
(น.ส.มารศรี อินทรีย์อด)

ลงชื่อ.....พยาน

(น.ส.กนกพร วัชรภาพ)

ลงชื่อ.....พยาน

(นายสมชาย วัชรภาพ)



เอกสารฉบับนี้
สามารถรับเงิน
ค่าสินไหมชดเชย
กรณีเกิดอุบัติเหตุ
จากภาพถ่าย
ของแพทย์
ที่โรงพยาบาล
พัทลุง เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

(นายสุทธิรักษ์ บัวแก้ว)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....โรงพยาบาลพัทลุง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นางสาวมารศรี อินทรีย์อด อายุ.....ปี
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 195 หมู่ที่ 5 ต.รอก/ชอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง ปันแต อำเภอ/เขต ควนขนุน
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 093-6093829


ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่.....
ได้มอบอำนาจให้ นางสาวนิศาชล นะซ้อย อายุ.....ปี
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 44/1 หมู่ที่ 5 ต.รอก/ชอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง ชัยบุรี อำเภอ/เขต เมือง
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 082-2751083


เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินสนับสนุนโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพัทลุง
.....แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนั้น ให้ถือเสมือนหนึ่งเป็น
การกระทำของข้าพเจ้า และเพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
ต่างได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....นางสง.....ผู้มอบอำนาจ
(.....นางสง อินทร์อด.....)

ลงชื่อ.....นิศาชล นะซ้อย.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....นางสาวนิศาชล นะซ้อย.....)

ลงชื่อ..........พยาน
.....พาริชาติ นนทวิเชียร.....

ลงชื่อ..........พยาน
(.....นางสาวพาริชาติ นนทวิเชียร.....)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 1 9305 00033 00 5

Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. มารศรี อินทรีย์อด

Name Miss Marasri

Last name Inyod

เกิดวันที่ 22 พ.ย. 2528

Date of Birth 22 Nov. 1985

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 195 หมู่ที่ 5 ต.วังใหม่ อ.ควนขนุน

จ.พัทลุง

13 พ.ย. 2573

วันออกบัตร

21 Nov. 2030

Date of Issue

(นายแมนรัตน์ รัตนสุคนธ์)

เจ้าพนักงานออกบัตร

21 พ.ย. 2573

วันบัตรหมดอายุ

21 Nov. 2030

Date of Expiry



9301-02-11131606

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยระบบข้อมูลทะเบียนราษฎรของสำนักงานทะเบียนราษฎรจังหวัดพัทลุง

สำเนาถูกต้อง

นางสาว มารศรี อินทรีย์อด

(น.ส.มารศรี อินทรีย์อด)