

## ใบเบิกเงิน

## กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลนาสีทอง

ที่ 1/2567

วันที่ 3 มกราคม 2567

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลนาสีทอง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลนาสีทอง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการฝากครรภ์คุณภาพนาสีทอง ปี 2567 ให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสีทอง จำนวน 18,025.00 บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันยี่สิบห้าบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสีทอง มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 18,025.00 บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันยี่สิบห้าบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวสุวารี ชนะสิทธิ์ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

(

นายสิทธิพล พูลสวัสดิ์

ผู้ขอเบิก

)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 308,048.49 บาท (สามแสนแปดพันสี่สิบแปดบาทสี่สิบเก้าสตางค์)

ลงชื่อ

(

นางปัทมา กาพวงค์

)

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

วันที่

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่ายจำนวน 18,025.00 บาท

ลงชื่อ

(

นางสาวกนกอร มาไสว

)

ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลนาสีทอง เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 18,025.00 บาท

ลงชื่อ

(

นางสาวกนกอร มาไสว

)

ผู้อำนวยการกองคลัง รักษาการแทน ปลัดเทศบาลตำบลนาสีทอง

วันที่

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้จำนวนเงิน 18,025.00 บาท

ลงชื่อ

นายยุทธวีร์ สุนทรภรณ์

)

นายกเทศมนตรีตำบลนาสีทอง

วันที่

จ่ายเป็น

เชื้อฉีดพร้อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ

เลขที่เช็ค

ลงวันที่

จำนวนเงิน 18,025.00 บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันยี่สิบห้าบาทถ้วน)

จ่ายให้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสีทอง

 เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท) ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาธัญมิ บัญชีเลขที่ 013342542871

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

( นายยุทธวีร์ สุนทรภรณ์ )

ผู้มีอำนาจลงนาม

นายกเทศมนตรีตำบลนาสีทอง

ลงชื่อ

( นายสิทธิพล พูลสวัสดิ์ )

ผู้มีอำนาจลงนาม

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

## หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 18,025.00 บาท	
ลงชื่อ	ผู้รับเงิน (1)
( )	
ตำแหน่ง	
ลงชื่อ	ผู้รับเงิน (2)
( )	
ตำแหน่ง	
วันที่	

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 18,025.00 บาท	
ลงชื่อ	ผู้จ่ายเงิน
( บัญชีเลขที่ 013342542871 )	
ชื่อบัญชี "ระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง"	
วันที่	

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :