

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.วัดขนุน

ที่ 15/2567

วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.วัดขนุน ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโรงเรียนวัดवास ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงเรียนวัดवास จำนวน 30,000.00 บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงเรียนวัดवास มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 30,000.00 บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวฮัฟเสาะ หลีกกันชะ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

จอมขวัญ แนบเนียด

ผู้ขอเบิก

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 309,357.78 บาท (สามแสนเก้าพันสามร้อยห้าสิบบาทเจ็ดสิบบแปดสตางค์)

ลงชื่อ (นายทวีศักดิ์ ขวัญหวาน)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

วันที่

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 30,000.00 บาท

ลงชื่อ (นางสาวประพิณรัตน์ จงกล)
ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 30,000.00 บาท

ลงชื่อ (อมร พุดคง)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

วันที่

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 30,000.00 บาท

ลงชื่อ (นายสุรียัน ราชผล)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

วันที่

จ่ายเป็น

เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคัตติ เลขที่เช็ค 09541681 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 จำนวนเงิน 30,000.00 บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) จ่ายให้ โรงเรียนวัดवास เงินรายได้สถานศึกษา

เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา สิงหนคร บัญชีเลขที่ 017712689428

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ (นายสุรียัน ราชผล) ผู้มีอำนาจลงนาม
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

ลงชื่อ (นายสาสน์ สารดิษฐ์) ผู้มีอำนาจลงนาม
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 30,000.00 บาท

ลงชื่อ (นางสาวฮัฟเสาะ หลีกกันชะ) ผู้รับเงิน (1)

ตำแหน่ง

ลงชื่อ () ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 30,000.00 บาท

ลงชื่อ (จอมขวัญ แนบเนียด) ผู้จ่ายเงิน

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

วันที่

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :