

ใบเบิกเงิน
กองทุนสุขภาพตำบล อบต.วัดขนุน


ที่ 17/2567


วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567


เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน


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

ลงชื่อ () ผู้ขอเบิก
จอมขวัญ แนบเนียนัด
นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

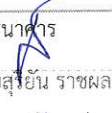
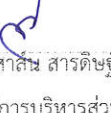
ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อย มียอดเงินคงเหลือ 248,707.78 บาท (สองแสนสี่หมื่นแปดพันเจ็ดร้อยเจ็ดบาทเจ็ดสิบแปดสตางค์)
ลงชื่อ ()
นายวิทักดี ขวัญหวาน
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 30,000.00 บาท
ลงชื่อ ()
นางสาวประพิณรัตน์ จงกล
ผู้อำนวยการกองคลัง


เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 30,000.00 บาท
ลงชื่อ ()
อมร พุ่มดง
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน


อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 30,000.00 บาท
ลงชื่อ ()
นายสุวิทย์ ราชผล
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

จ่ายเป็น
 เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ
เลขที่เช็ค 09541683
ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567
จำนวนเงิน 30,000.00 บาท (สามหมื่นบาทถ้วน)
จ่ายให้
เงินรายได้สถานศึกษา โรงเรียนบ้านขนุน
 เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
 ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา สิงหนคร
บัญชีเลขที่ 017712689428

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ () ผู้มีอำนาจลงนาม
นายสุวิทย์ ราชผล
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน
ลงชื่อ () ผู้มีอำนาจลงนาม
นายสาสิน สารดิษฐ์
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 30,000.00 บาท
ลงชื่อ () ผู้รับเงิน (1)
นางสาวรัศมีสรุา แสงจันทร์ศิริ
ตำแหน่ง _____
ลงชื่อ (_____) ผู้รับเงิน (2)
ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 30,000.00 บาท
ลงชื่อ () ผู้จ่ายเงิน
จอมขวัญ แนบเนียนัด
นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
วันที่ _____

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :