

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.วัดขนุน

ที่ 11/2567

วันที่ 11 มกราคม 2567

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.วัดขนุน ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการแกนนำหมู่บ้านป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมู่ที่ 5 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 5 จำนวน 6,500.00 บาท (หกพันห้าร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 5 มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 6,500.00 บาท (หกพันห้าร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวอุไรวรรณ สอนคง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

*Som*

ผู้ขอเบิก

จอมขวัญ แนบเนียน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 358,857.78 บาท (สามแสนห้าหมื่นแปดพันแปดร้อยห้าสิบบาทเจ็ดบาทเจ็ดสิบแปดสตางค์)

ลงชื่อ

*M*

นายทวีศักดิ์ ขวัญหวาน

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

วันที่

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 6,500.00 บาท

ลงชื่อ

*Pr*

นางสาวประพิณรัตน์ จงกล

ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 6,500.00 บาท

ลงชื่อ

*A*

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

วันที่

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 6,500.00 บาท

ลงชื่อ

*X*

นายสุรียัน ราชผล

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

วันที่

จ่ายเป็น

เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/รณานัติ

เลขที่เช็ค 50921777

ลงวันที่ 11 มกราคม 2567

จำนวนเงิน 6,500.00 บาท (หกพันห้าร้อยบาทถ้วน)

จ่ายให้ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 5 ต.วัดขนุน

เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา สิงหนคร บัญชีเลขที่ 017712689428

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

*X*

นายสุรียัน ราชผล

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

ลงชื่อ

*Y*

นายสาส์น สารดิษฐ์

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 6,500.00 บาท

ลงชื่อ

*Uraiwan*

นางสาวอุไรวรรณ สอนคง

ผู้รับเงิน (1)

ตำแหน่ง

*สมมาตย์ ท้ามบุญฤทธิ์*

ลงชื่อ

นางสมมาตย์ ท้ามบุญฤทธิ์

ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 6,500.00 บาท

ลงชื่อ

*Som*

จอมขวัญ แนบเนียน

ผู้จ่ายเงิน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :