

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.วัดขนุน

ที่ 19/2567

วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567

เรียน นายก องค์กรบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.วัดขนุน ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยด้วยหลัก 3 อ.(อาหาร ออก กำลังกาย อารมณ์) ของศูนย์เด็กเล็กตำบลวัดขนุน หมู่ 5 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลวัดขนุน หมู่ 5 จำนวน 20,000.00 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลวัดขนุน หมู่ 5 มีความประสงค์ขอเบิกเงินจำนวน 20,000.00 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางเจตสุภา หวังชะเด จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

จอมขวัญ แนบเนียด

ผู้ขอเบิก

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 198,707.78 บาท (หนึ่งแสนเก้าหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยเจ็ดบาทเจ็ดสิบแปดสตางค์)

ลงชื่อ (นายทวีศักดิ์ ขวัญหวาน) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

วันที่

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 20,000.00 บาท

ลงชื่อ (นางสาวประพันธ์รัตน์ จงกล) ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

เรียน นายก องค์กรบริหารส่วนตำบลวัดขนุน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 20,000.00 บาท

ลงชื่อ (อมร พนมคง) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

วันที่

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 20,000.00 บาท

ลงชื่อ (นายสุริยัน ราชผล) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

วันที่

จ่ายเป็น

เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ
เลขที่เช็ค 09541685
ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567
จำนวนเงิน 20,000.00 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)
จ่ายให้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลวัดขนุน หมู่ 5

เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา สิงหนคร บัญชีเลขที่ 017712689428

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ (นายสุริยัน ราชผล) ผู้มีอำนาจลงนาม
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

ลงชื่อ (นายสาส์น สารดิษฐ์) ผู้มีอำนาจลงนาม
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 20,000.00 บาท

ลงชื่อ (นางเจตสุภา หวังชะเด) ผู้รับเงิน (1)

ตำแหน่ง

ลงชื่อ () ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 20,000.00 บาท

ลงชื่อ (จอมขวัญ แนบเนียด) ผู้จ่ายเงิน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :