

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.วัดขนุน

ที่ 24/2567

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567

เรียน นายก องค์กรบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.วัดขนุน ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการธนาคารรักษาสุขภาพ ปีที่ 2 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขนุน จำนวน 20,000.00 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขนุน มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 20,000.00 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวดี ณะไชยลักษณ์ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ (จอมขวัญ แนบเนียด) ผู้ขอเบิก
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 132,422.78 บาท (หนึ่งแสนสามหมื่นสองพันสี่ร้อยยี่สิบสองบาทเจ็ดสิบแปดสตางค์)
 ลงชื่อ (นายทวีศักดิ์ ขวัญหวาน)
 ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
 วันที่

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 20,000.00 บาท
 ลงชื่อ (นางสาวประพิณรัตน์ จงกล)
 ผู้อำนวยการกองคลัง
 วันที่

เรียน นายก องค์กรบริหารส่วนตำบลวัดขนุน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 20,000.00 บาท
 ลงชื่อ (อมร พุดคง)
 ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน
 วันที่

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 20,000.00 บาท
 ลงชื่อ (นายสุรียัน ราชผล)
 นายกององค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน
 วันที่

จ่ายเป็น
 เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ
 เลขที่เช็ค 09541690
 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567
 จำนวนเงิน 20,000.00 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)
 จ่ายให้ เงินอุดหนุน รพ.สต.วัดขนุน (กองทุนหลักประกันสุขภาพ)
 เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
 ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา สิงหนคร บัญชีเลขที่ 017712689428

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
 ลงชื่อ (นายสุรียัน ราชผล) ผู้มีอำนาจลงนาม
 นายกององค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน
 ลงชื่อ (นายสาวิตรี สารดิษฐ์) ผู้มีอำนาจลงนาม
 รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวัดขนุน

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 20,000.00 บาท
 ลงชื่อ (นางสาวดี ณะไชยลักษณ์) ผู้รับเงิน (1)
 ตำแหน่ง
 ลงชื่อ () ผู้รับเงิน (2)
 ตำแหน่ง
 วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 20,000.00 บาท
 ลงชื่อ (จอมขวัญ แนบเนียด) ผู้จ่ายเงิน
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 วันที่

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :