

## ใบเบิกเงิน

## กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง

ที่ 31/2567

วันที่ 5 มีนาคม 2567

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์แพทย์ชุมชนคอนยอ ปี 2567 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนคอนยอ จำนวน 12,600.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนคอนยอ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 12,600.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงินเงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

( นายศราวุธ สายสิงห์ )

ผู้ขอเบิก

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักท้วงการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 1,831,257.76 บาท (หนึ่งล้านแปดแสนสามหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทเจ็ดสิบหกสตางค์)

ลงชื่อ ( นางสาวพิมพ์พิชญ์ ศรีหนูสุด )  
นางสาวพิมพ์พิชญ์ ศรีหนูสุด  
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

วันที่ - 5 มี.ค. 2567

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน 12,600.00 บาท

ลงชื่อ

( นางมนทิรา ปิสิตโร )

ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

- 5 มี.ค. 2567

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 12,600.00 บาท

ลงชื่อ ( นายจรินทร์ ชำมุด )  
นายจรินทร์ ชำมุด  
รองปลัดเทศบาล รักษาการแทน ปลัดเทศบาลเมืองพัทลุง

วันที่ - 5 มี.ค. 2567

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวนเงิน 12,600.00 บาท

ลงชื่อ

( นายวาที ไทศาลศิลป์ )

นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

วันที่

= 5 มี.ค. 2567

จ่ายเป็น

เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคัตติ  
เลขที่เช็ค 50786135  
ลงวันที่ 5 มีนาคม 2567  
จำนวนเงิน 12,600.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน)  
จ่ายให้  
เงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง

เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 010452594179

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

( นายศราวุธ สายสิงห์ )

ผู้มีอำนาจลงนาม

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ลงชื่อ

( นายวาที ไทศาลศิลป์ )

ผู้มีอำนาจลงนาม

นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

## หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 12,600.00 บาท

ลงชื่อ ( นิตติพร นนชัย ) ผู้รับเงิน (1)  
นางสาว นิตติพร นนชัย

ตำแหน่ง ( พนง. กอชวิชน ๒๒๖ สอ.๖ )

ลงชื่อ ( ) ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง ( )

วันที่ - 5 เม.ย. 2567

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 12,600.00 บาท

ลงชื่อ

( นางสาวเพ็ญภา บุญยก ) ผู้จ่ายเงิน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่

- 5 เม.ย. 2567

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

เล่มที่ พ.ท. 0074



เลขที่ 069

### ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการ..... โรงพยาบาลศรัทธา ..... สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 5 เดือน เมษายน พ.ศ. 2567

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลศรัทธา ตามรายละเอียดดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
<u>เงินสนับสนุนโครงการ</u>	<u>174,520 -</u>
	<u>2</u>
รวมบาท	<u>174,520 -</u>

จำนวนเงิน หนึ่งแสนเจ็ดหมื่นสี่พันห้าร้อยสองสิบบาทถ้วน (ตัวอักษร)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ นิตยา ผู้รับเงิน

ตำแหน่ง พงร. มาริษา

พิมพ์ครั้งที่ 1 (ต.ค.66) 0001-0500



0074

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....โรงพยาบาลพัทลุง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นายสุทธิรักษ์ บัวแก้ว อายุ.....ปี  
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 421 หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....  
ถนน รามศวร์ ตำบล/แขวง คูหาสวรรค์ อำเภอ/เขต เมือง  
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 074609500

ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่.....  
ได้มอบอำนาจให้ นางสาวนิศาชล นะซ้อย อายุ 30 ปี  
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 44/1 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง ชัยบุรี อำเภอ/เขต เมือง  
จังหวัด พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ 0822751083  
เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพัทลุง  
.....แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนั้น ให้ถือเสมือนหนึ่งเป็น  
การกระทำของข้าพเจ้า และเพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ  
ต่างได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(นายสุทธิรักษ์ บัวแก้ว)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(นางสาวนิศาชล นะซ้อย)

ลงชื่อ.....พยาน  
(นส.ภรณ์ อัคร์๒๐๐)

ลงชื่อ.....พยาน  
(นายสุทธิรักษ์ บัวแก้ว)



ตำแหน่งที่ต้อง

(นายสุทธิรักษ์ บัวแก้ว)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9399 00238 56 7

ชื่อต้นและชื่อสกุล น.ส. นิสาชล นະช้อย  
 Name Miss Nisachon  
 Last name Nachon

เกิดวันที่ 26 Nov. 1993  
 Date of Birth 26 Nov. 1993

ชื่อ 44/1 น.ส. นิสาชล น.เมืองพหล  
 น.พหล 23 2586  
 23 Nov. 2023 (นายราชันย์ นันทนรัตน์) 25 พ.ย. 2574  
 Date of Issue (นายราชันย์ นันทนรัตน์) 25 Nov. 2021  
 Date of Expiry 9301-03-11230934

เอกสารฉบับนี้ใช้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพภาคเมืองพหลเท่านั้น

ถ้าขาดบัตรต้อง  
 นิสาชล นະช้อย  
 (นางสาว นิสาชล นະช้อย)