

## ใบเบิกเงิน

## กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง

ที่ 37/2567

วันที่ 5 มีนาคม 2567

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองพัทลุง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มสงสัยเป็นป่วยความดันโลหิตสูง,เบาหวาน ในคลินิก DPAC / Wellness Center ศูนย์แพทย์ชุมชนคอนยอ ปี 2567 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนคอนยอ จำนวน 6,800.00 บาท (หกพันแปดร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์แพทย์ชุมชนคอนยอ มีความประสงค์ขอเบิกเงินจำนวน 6,800.00 บาท (หกพันแปดร้อยบาทถ้วน) 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 1,784,057.76 บาท (หนึ่งล้านเจ็ดแสนแปดหมื่นสี่พันห้าสิบบาทเจ็ดสิบบาทหกสตางค์)

ลงชื่อ ( นางสาวพิมพ์พิชญ์ ศรีหนูสุด )  
 ผู้อำนวยการเงินและบัญชีชำนาญการ

วันที่ - 5 มี.ค. 2567

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 6,800.00 บาท

ลงชื่อ ( นางมนทิรา ปิสิโตโร )  
 ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่ - 5 มี.ค. 2567

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 6,800.00 บาท

ลงชื่อ ( นางจรินทร์ ชำมุด )  
 รองปลัดเทศบาล รักษาการแทน ปลัดเทศบาลเมืองพัทลุง

วันที่ - 5 มี.ค. 2567

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 6,800.00 บาท

ลงชื่อ ( นายวาทีต ไพศาลศิลป์ )  
 นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

วันที่ - 5 มี.ค. 2567

จ่ายเป็น

เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคัติ เลขที่เช็ค 50786135 ลงวันที่ 5 มีนาคม 2567 จำนวนเงิน 6,800.00 บาท (หกพันแปดร้อยบาทถ้วน) จ่ายให้ เงินโครงการประกันสุขภาพ UC (เงินบำรุง) โรงพยาบาลพัทลุง

เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 010452594179

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ ( นายศราวุธ สายสิงห์ ) ผู้มีอำนาจลงนาม  
 ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ลงชื่อ ( นายวาทีต ไพศาลศิลป์ ) ผู้มีอำนาจลงนาม  
 นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง

## หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 6,800.00 บาท

ลงชื่อ ( นิตยาชิต หรือชื่อ ) ผู้รับเงิน (1)  
 ( นางสาวนิตยาชิต หรือชื่อ )  
 ตำแหน่ง พ.ช.บ. มร.ธิดา บบ.ศิริ

ลงชื่อ ( ) ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

วันที่ - 5 มี.ย. 2567

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 6,800.00 บาท

ลงชื่อ ( นางสาวเพ็ญญา บุญยก ) ผู้จ่ายเงิน  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ - 5 มี.ย. 2567

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

เล่มที่ พ.ท. 0074



เลขที่ 069

### ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการ..... โรงพยาบาลกักต้ว..... สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 5 เดือน เมษายน พ.ศ. 2567

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองศรีนคร ตามรายละเอียดดังนี้

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

จำนวนเงิน หนึ่งพันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน (ตัวอักษร) รวมบาท 174,520 -

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ วิศาพร ผู้รับเงิน

ตำแหน่ง หน.ง. การเงินเทศบาลเมืองศรีนคร

พิมพ์ครั้งที่ 1 (ต.ค.66) 0001-0500



จ.บ.จ.04

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....โรงพยาบาลพัทลุง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่.....  
ได้มอบอำนาจให้ นางสาวนิศาชล นะชัย 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 นะชัย)

ลงชื่อ.....พยาน  
(น.ส.มาตรี อัคร์เอน)

ลงชื่อ.....พยาน  
(นางสาววิภาดา อัคร์เอน)



สำเนาถูกต้อง

(นายสุทธิรักษ์ บัวแก้ว)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร


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

**ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. นิตาชล นະชัย**  
 Name Miss Nisachon  
 Last name Nachon  
 เกิดวันที่ 26 พฤศจิกายน 2536  
 Date of Birth 26 Nov. 1993

ต. 44/1 หมู่ 1 ต.ชัยบุรี อ.เมืองพิจิตร  
 Sub-district 44/1, Village 1, Chaiyaburi Sub-district, Mueang Phichit District

23 พฤศจิกายน 2566  
 Date of Issue 23 Nov. 2023 (ขอทราบถึงที่มาของบัตร)  
 25 พฤศจิกายน 2574  
 Date of Expiry 25 Nov. 2031 (ขอทราบถึงที่มาของบัตร)

9381-03-11230934



เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร

นางสาวนิตาชล นະชัย  
 นิตาชล นະชัย  
 (นางสาวนิตาชล นະชัย)