

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบลชะมวง

วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ที่ ๓๑/๒๕๖๐

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลชะมวง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบลชะมวง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการให้ความรู้ส่งเสริมการตรวจจะเรียงปากมดลูก ประจำปี ๒๕๖๐ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศาลาดำเส้า จำนวน ๘,๑๐๐.๐๐ บาท (แปดพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศาลาดำเส้า มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน ๘,๑๐๐.๐๐ บาท (แปดพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน สถานีอนามัยบ้านศาลาดำเส้า จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

(นางเพ็ญพร เพชรหวัชบัว) ผู้ขอเบิก
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

ตำแหน่ง

ชะมวง

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อย มียอดเงินคงเหลือ ๓๘๙,๕๖๔.๗๗ บาท (สามแสนแปดหมื่นเก้าพันห้าร้อยหกสิบสี่บาทเจ็ดสิบเจ็ดสตางค์)

ลงชื่อ

(นางสาวลลิตลักษณ์ หนูคง) ผู้จ่ายเงิน
เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนปฏิบัติงาน

วันที่

๐ 2 พค 2560

เรียน ปลัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน ๘,๑๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(นางพงศพิศ จงศักดิ์) ผู้อำนวยความสะดวก

วันที่

๐ 2 พค 2560

เรียน นายก

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๘,๑๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(นางจินตนา เดชสงค์) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลชะมวง

วันที่

๐ 2 พค 2560

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน ๘,๑๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(นายอิวัฒน์ ขุนทอง) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลชะมวง

วันที่

๐ 2 พค 2560

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคา Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)

Δ ทางธนาคาร

ธนาคาร ธกส.สาขาควนขนุน

บัญชีเลขที่ ๐๑๒๔๕๒๕๙๗๕๔๕

เลขที่เช็ค 10817825

ลงวันที่

๐ 2 พค 2560

จำนวนเงิน ๘,๑๐๐.๐๐ บาท (แปดพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)

จ่ายให้ สถานีอนามัยบ้านศาลาดำเส้า

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

(นายอิวัฒน์ ขุนทอง) ผู้มีอำนาจลงนาม
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลชะมวง

ลงชื่อ

(นางเพ็ญพร เพชรหวัชบัว) ผู้มีอำนาจลงนาม
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลชะมวง

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๘,๑๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(นางสาวลลิตลักษณ์ หนูคง) ผู้รับเงิน (๑)

ตำแหน่ง

ลงชื่อ

() ผู้รับเงิน (๒)

ตำแหน่ง

วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๘,๑๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(นางพงศพิศ จงศักดิ์) ผู้จ่ายเงิน

ตำแหน่ง

วันที่

๐ 2 พค 2560

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :..