

### ใบเบิกเงิน

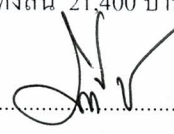
### กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลต้นไทร


ที่ กองทุนฯ ทด.ต้นไทร ๗ /๖1

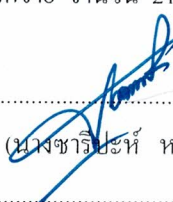
วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2561


เรียน ประธานบริหารกองทุน

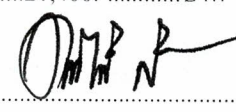
ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลต้นไทร ได้อนุมัติโครงการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ ปี 2561 กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลต้นไทร จึงขออนุมัติเบิกโครงการดังกล่าว เป็นเงินทั้งสิ้น 21,400 บาท ให้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะลุดาสามะ

ลงชื่อ..........ผู้ขอเบิก  
(นายมูฮัมหมัด วานี)  
ผู้ช่วยเลขานุการ กองทุนฯ


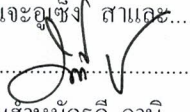
ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วน ถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิก ในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว  
ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่ กง./บุญ.กองทุนฯ  
(นางสาวฟารีห๊ะ โต๊ะฮิง)  
วันที่.....

เรียน เลขานุการกองทุนฯ  
เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 21,400.. บาท  
ลงชื่อ..........หัวหน้าหน่วยงานคลัง  
(นางชารีซะห์ หะยีแวคือระ)  
วันที่.....

เรียน ประธานบริหารกองทุน  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวน.....21,400-.....บาท  
(ลงชื่อ)..........  
(นายมังกร สามแม)  
เลขานุการกองทุนฯ  
วันที่.....

อนุมัติให้เบิกจ่าย  
จำนวน.....21,400-.....บาท  
(ลงชื่อ)..........ผู้อนุมัติ  
(นายเจอะฮัจญ์ สามละ)  
ประธานบริหารกองทุนฯ  
วันที่.....

ธนาคาร...ชกส.....บัญชีเลขที่.....  
ที่เช็ค.....ลงวันที่.....  
จำนวนเงิน.21,400.-บาท(สองหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน)  
จ่ายให้.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะลุดาสามะ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร  
(ลงชื่อ)..........ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)  
(..นายเจอะฮัจญ์ สามละ...)  
(ลงชื่อ)..........ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)  
(..นายมูฮัมหมัด วานี.....)

#### หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน.....21,400-.....บาท  
.....ผู้รับเงิน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

ผู้จ่าย :  
.....ผู้จ่ายเงิน  
(..นางสาวฟารีห๊ะ โต๊ะฮิง...)  
ตำแหน่ง .....เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีกองทุนฯ.....  
วันที่.....

หมายเหตุ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน/ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ