

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลเมืองทุ่งตำเสา

วันที่ 15 พ.ค. 2562

ที่ 19

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองทุ่งตำเสา

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลเมืองทุ่งตำเสา ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองทุ่งตำเสาปีงบประมาณ2562 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 172,000.00 บาท (หนึ่งแสนเจ็ดหมื่นสองพันบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 3,300.00 บาท (สามพันสามร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาว หล้าเบ็ลสะ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ขอเบิก

( นางสาวอาภาศิริสุวรรณ สุวรรณะ )

ตำแหน่ง หัวหน้าศูนย์บริหารงานสาธารณสุขวิชาการแทนผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักท้วงการขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 4,357,919.69 บาท (สี่ล้านสามแสนห้าหมื่นเจ็ดพันเก้าร้อยสิบเก้าบาทหกสิบเก้าสตางค์)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

( นางพัทธา พร้อมมูล )

ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ

วันที่ 15/5/62

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน 3,300.00 บาท

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

( นางสาวพรณีย์ ทองสุวรรณ )

หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย

วันที่ \_\_\_\_\_

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองทุ่งตำเสา

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 3,300.00 บาท

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

( นายอัครวัฒน์ บุณยพิชัย )

ปลัดเทศบาลเมืองทุ่งตำเสา

วันที่ \_\_\_\_\_

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 3,300.00 บาท

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

( นายวิชัย สาสุณีย์ )

วันที่ \_\_\_\_\_

จ่ายเป็น

Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคาร

Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 010342735159

เลขที่เช็ค 09186254 ลงวันที่ \_\_\_\_\_

จำนวนเงิน 3,300.00 บาท (สามพันสามร้อยบาทถ้วน)

จ่ายให้ นางสาว หล้าเบ็ลสะ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้มีอำนาจลงนาม

( นายวิชัย สาสุณีย์ )

นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งตำเสา

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้มีอำนาจลงนาม

( นางสาวอาภาศิริสุวรรณ สุวรรณะ )

หัวหน้าศูนย์บริหารงานสาธารณสุขวิชาการแทนผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 3,300.00 บาท

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับเงิน (1)

( นางสาว หล้าเบ็ลสะ )

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ผู้รับเงิน (2)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

วันที่ 15 พ.ค. 2562

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 3,300.00 บาท

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้จ่ายเงิน

( นางสาวภาวดี เลาสวรรณ )

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงิน

วันที่ 15 พ.ค. 2562

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :