

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลเมืองทุ่งตำเสา

วันที่ 16 สิงหาคม 2562

นายก เทศมนตรีเมืองทุ่งตำเสา

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลเมืองทุ่งตำเสา ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองทุ่งตำเสาปีงบประมาณ2562 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 172,000.00 บาท (หนึ่งแสนเจ็ดหมื่นสองพันบาทถ้วน) หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีความประสงค์ขอเบิกเงินจำนวน 17,300.00 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสามร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวอาลีชฎาวรรณ สุธณะ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก

(นางสาวอาลีชฎาวรรณ สุธณะ)

ตำแหน่ง _____

หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุขรักษาการแทนผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 3,659,063.69 บาท (สามล้านหกแสนห้าหมื่นเก้าพันหกสิบบาทหกสิบกึ่งสตางค์)

ลงชื่อ _____

(นางพิทยา พรหมผล)

ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ

วันที่ _____

เรียน ปลัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน 17,300.00 บาท

ลงชื่อ _____

(นางสาวพรณีย์ ทองสุวรรณ)

หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย

วันที่ _____

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองทุ่งตำเสา เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 17,300.00 บาท

ลงชื่อ _____

(นายอารมย์ พรหมพิชัย)

ปลัดเทศบาลเมืองทุ่งตำเสา

วันที่ _____

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 17,300.00 บาท

ลงชื่อ _____

(นายวิชัย สาสนีย์)

วันที่ _____

จ่ายเป็น

Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ชานมัตติ

Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 010342735159

เลขที่เช็ค 09186269 ลงวันที่ _____

จำนวนเงิน 17,300.00 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสามร้อยบาทถ้วน)

จ่ายให้

นางสาวอาลีชฎาวรรณ สุธณะ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ _____

(นายวิชัย สาสนีย์)

นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งตำเสา

ลงชื่อ _____

(นางสาวอาลีชฎาวรรณ สุธณะ)

หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุขรักษาการแทนผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 17,300.00 บาท

ลงชื่อ _____

(นางสาวอาลีชฎาวรรณ สุธณะ) ผู้รับเงิน (1)

ตำแหน่ง _____

ลงชื่อ _____

ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____

๒๒ ส.ค. ๒๕๖๒

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 17,300.00 บาท

ลงชื่อ _____

(นางสาวภาวดี เกาสวรรณ) ผู้จ่ายเงิน

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____

เจ้าพนักงานการเงิน

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :