

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลชัยบุรี

ที่ 9/2560

วันที่ ๙ มีนาคม 2560

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลชัยบุรี

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลชัยบุรี ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเด็กวัยเรียน ประจำปีงบประมาณ 2560 ให้แก่ รพ.สต.บ้านปากสระ จำนวน 10,000 บาท นั้น รพ.สต.บ้านปากสระ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน 10,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน.....1.....ชุด มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการเงินนางสุวรรณ์ นพทธี จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(นายวุฒิชัย นิมิตำ)

ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักปลัด อบต.

<p>ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับแล้ว มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไปรวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว</p> <p>มียอดเงินคงเหลือ 723,082.10 บาท (เจ็ดแสนสองหมื่นสามพันแปดสิบสองบาทสิบสตางค์)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ</p> <p>(นางโสภา เขมะไชยเวช)</p> <p>วันที่ ๙ มีนาคม 2560</p>	<p>เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลชัยบุรี</p> <p>เห็นควรให้เบิกจ่าย</p> <p>จำนวน 10,000 บาท</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(นางสุกัญญา กิตติเวชรกุล)</p> <p>ผู้อำนวยการกองคลัง</p> <p>วันที่ ๙ มีนาคม 2560</p>
<p>เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบล</p> <p>เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>จำนวน 10,000 บาท</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(นายคำนิง ทองช่วย)</p> <p>ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลชัยบุรี</p> <p>วันที่ ๙ มีนาคม 2560</p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>จำนวนเงิน 10,000 บาท</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(นายสุพัตน์ มุลเมฆ)</p> <p>นายองค์การบริหารส่วนตำบลชัยบุรี</p> <p>วันที่ ๙ มีนาคม 2560</p>
<p>จ่ายเป็น <input type="checkbox"/> เงินสด <input checked="" type="checkbox"/> เช็ค</p> <p>ธนาคาร ธกส.สาขาห้วยสูง บัญชีเลขที่ 01-045-59447-0</p> <p>เลขที่เช็ค 1191AΔ20 ลงวันที่ ๙ มี.ค. 2560</p> <p>จำนวนเงิน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)</p> <p>จ่ายให้ รพ.สต.บ้านปากสระ โดยใช้ชื่อบัญชี สอ.บ้านปากสระ กองทุนหมุนเวียน</p> <p>บัตรประกันสุขภาพ</p>	<p>ผู้มีอำนาจลงนามใบเบิกถอน/เช็คธนาคาร</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนาม</p> <p>(นางสุกัญญา กิตติเวชรกุล)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนาม</p> <p>(นายสุพัตน์ มุลเมฆ)</p>

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

<p>ได้รับเงินจำนวน 10,000 บาท</p> <p>ลงชื่อ (.....) ผู้รับเงิน</p> <p>(นางสุวรรณ์ นพทธี)</p> <p>วันที่ ๙ มีนาคม 2560</p>	<p>ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 10,000 บาท</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน</p> <p>(นางโสภา เขมะไชยเวช)</p> <p>ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ</p> <p>วันที่ ๙ มีนาคม 2560</p>
--	--

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ