

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลเมืองทุ่งเต๋าย

วันที่ 8 พ.ค. 2562

15

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองทุ่งเต๋าย

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลเมืองทุ่งเต๋าย ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการลดละเลิกการใช้ยาสูบเพื่อสุขภาพที่ดีคนทุ่งเต๋าย ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งเต๋าย จำนวน 44,250.00 บาท (สี่หมื่นสี่พันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งเต๋าย มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 44,250.00 บาท (สี่หมื่นสี่พันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน เงินบำรุงสถานีอนามัยทุ่งเต๋าย จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก
(นางสาวอาลัย สุวรรณธรรม)
ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุขรักษาการแทนผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักท้วงรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อยู่เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 4,411,509.69 บาท (สี่ล้านสี่แสนหนึ่งหมื่นหนึ่งพันห้าร้อยเก้าสิบบาทหกสิบเก้าสตางค์)
ลงชื่อ _____
(นางพัทธยา พร้อมมูล)
ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ
วันที่ ๑๐ พ.ค. ๒๕๖๒

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 44,250.00 บาท
ลงชื่อ _____
(นางสาวพรณีย์ ทองสุวรรณ)
หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย
วันที่ ๑๐ พ.ค. ๒๕๖๒

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองทุ่งเต๋าย
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 44,250.00 บาท
ลงชื่อ _____
(นายอารณ บรมพิชัย)
ปลัดเทศบาลเมืองทุ่งเต๋าย
วันที่ _____

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 44,250.00 บาท
ลงชื่อ _____
(นายวิชัย สาสุณีย์)
วันที่ ๑๕ พค ๒๕๖๒

จ่ายเป็น
Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ชานาณัติ
Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 010342735159 เลขที่เช็ค 09186251 ลงวันที่ _____
จำนวนเงิน 44,250.00 บาท (สี่หมื่นสี่พันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
จ่ายให้ _____
เงินบำรุงสถานีอนามัยทุ่งเต๋าย

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายวิชัย สาสุณีย์)
นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งเต๋าย
ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางสาวอาลัย สุวรรณธรรม)
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุขรักษาการแทนผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 44,250.00 บาท
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (1)
(นายอารณ บรมพิชัย)
ตำแหน่ง _____
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (2)
ตำแหน่ง _____
วันที่ ๑๗ พค ๒๕๖๒

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 44,250.00 บาท
ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวภาวดี เกาสวรรณ)
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานการเงิน
วันที่ _____

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :