ใบเบิกเงิน

ที่ ๕/๒๕๖๓ วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลโคกชะงาย

ตามที่คณะกรรมการ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการคลินิกไร้พุง** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งยาว** จำนวน **๑๗,๔๑๕.๐๐ บาท** (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสี่ร้อยสิบห้าบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งยาว** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน **๑๗,๔๑๕.๐๐ บาท** (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสี่ร้อยสิบห้าบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **สถานีอนามัยบ้านทุ่งยาว** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก
(นางปิยะวรรณ เกษรสวัสดิ์)
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๖๖๕,๖๑๓.๒๐ บาท (หกแสนหกหมื่นห้าพันหกร้อยสิบสามบาทยี่สิบสตางค์)

ลงชื่อ .....
(นางสาววรรณา พันเศษ)
หัวหน้าฝ่ายปกครอง
วันที่ ..... 18 พ.ย. 2562

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน ๑๗,๔๑๕.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(นางสาวกาญชนา พลเพิ่ม)
นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
วันที่ 18 พ.ย. 2562

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลโคกชะงาย
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๑๗,๔๑๕.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(นางสัญฉนา คงสุวรรณ)
ปลัดเทศบาลตำบลโคกชะงาย
วันที่ ..... 18 พ.ย. 2562

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน ๑๗,๔๑๕.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(นายเสถียร ธรรมเพชร)
ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลโคกชะ
วันที่ ..... 18 พ.ย. 2562

จ่ายเป็น
△ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ
△ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)
△ ทางธนาคาร บัญชีเลขที่
เลขที่เช็ค ๓๑๐๖๓๓๓๘ ลงวันที่ .....
จำนวนเงิน ๑๗,๔๑๕.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสี่ร้อยสิบห้าบาทถ้วน)
จ่ายให้
สถานีอนามัยบ้านทุ่งยาว

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายเสถียร ธรรมเพชร)
ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลโคกชะงาย
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางสาวสุธิธรรม ทองแก้ว)
ผู้อำนวยการกองคลัง

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๑๗,๔๑๕.๐๐ บาท

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (๑)
( )
ตำแหน่ง .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (๒)
(21 พ.ย. 2562)
ตำแหน่ง .....
วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๑๗,๔๑๕.๐๐ บาท

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวกาญชนา พลเพิ่ม)
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
วันที่ ..... 21 พ.ย. 2562

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :