ใบเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

ที่ ๒๔/๒๕๖๓ วันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรียน นายก องค์การบริการส่วนตำบลท่าเรือ

ตามที่คณะกรรมการ **กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ** ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการ ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ** จำนวน **๖,๔๕๐.๐๐ บาท** (หกพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน **๖,๔๕๐.๐๐ บาท** (หกพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก
(นางสาวสุวิมล โดงกูล)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๓๖,๔๕๐.๕๔ บาท (สามหมื่นหกพันสี่ร้อยห้าสิบบาทห้าสิบสี่สตางค์)

ลงชื่อ .....
(นางมารียัะ เส่งเจะ)
นักวิชาการเงินและบัญชี
วันที่ 14 ก.ค. 2563

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน ๖,๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(นางสาวอามีนา กรมเมือง)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 14 ก.ค. 2563

เรียน นายก องค์การบริการส่วนตำบลท่าเรือ
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๖,๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(นายบัณฑิต เลขะกุล)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ
วันที่ 14 ก.ค. 2563

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน ๖,๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ .....
(นายบาเสด ยาพระจันทร์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ
วันที่ 14 ก.ค. 2563

จ่ายเป็น
△ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ
△ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)
△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาท่าแพ
จ.สตูล บัญชีเลขที่ ๐๑๐๗๕๒๔๒๙๕๗๕
เลขที่เช็ค 3612888 ลงวันที่ 14 ก.ค. 2563
จำนวนเงิน ๖,๔๕๐.๐๐ บาท (หกพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
จ่ายให้
ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายบาเสด ยาพระจันทร์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายอิบรอเฮม อุพัมมา)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๖,๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (๑)
( )
ตำแหน่ง .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (๒)
( )
ตำแหน่ง .....
วันที่ 14 ก.ค. 2563

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๖,๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอามีนา กรมเมือง)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 14 ก.ค. 2563

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ : ขอเบิกเงินค่าโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการ ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ เพื่อจ่ายให้แก่ ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ เป็นเงิน ๖,๔๕๐ บาท (หกพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน)