

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบลท่าเรือ

ที่ ๐๒/๒๕๖๐

วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบลท่าเรือ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการบริหารจัดการกองทุน ปี ๒๕๖๐ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนสุขภาพตำบลท่าเรือ จำนวน ๔๖,๑๒๙.๐๐ บาท (สี่หมื่นหกพันหนึ่งร้อยยี่สิบเก้าบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนสุขภาพตำบลท่าเรือ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน ๔๕๐.๐๐ บาท (สี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน ร้านบีบีปรีนติ้ง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

ผู้ขอเบิก

(นายบัณฑิต เลขะกุล)

ตำแหน่ง

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๑๖๘,๕๙๕.๗๘ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นแปดพันห้าร้อยเก้าสิบบาทเจ็ดสิบแปดสตางค์)

ลงชื่อ

(นางสาวสุวิมล โคกกุล)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฯ

วันที่

24 พ.ย. 2559

เรียน ปลัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน ๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(นางสาวอามิณา กรมเมือง)

ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

24 พ.ย. 2559

เรียน นายก

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(นายบัณฑิต เลขะกุล)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

วันที่

24 พ.ย. 2559

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน ๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

(นายบาเสด ยาพะระจันทร์)

นายก องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

วันที่

24 พ.ย. 2559

จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)

Δ ทางธนาคาร

ธนาคาร

บัญชีเลขที่

เลขที่เช็ค ... 11๖๖2๐๐9

ลงวันที่ ... 25 พ.ย. 2559

จำนวนเงิน ๔๕๐.๐๐ บาท (สี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

จ่ายให้ ร้านบีบีปรีนติ้ง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

(นายบาเสด ยาพะระจันทร์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

ลงชื่อ

(นายอัครเดช อู่มงมา)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

ท่าเรือ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

นายบัณฑิต เลขะกุล
(พิมพ์ชื่อที่รับเงิน)

ผู้รับเงิน (๑)

ตำแหน่ง

ลงชื่อ

-

ผู้รับเงิน (๒)

ตำแหน่ง

วันที่

25 พ.ย. 2559

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๔๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ

นางสาวอามิณา กรมเมือง
(พิมพ์ชื่อที่จ่ายเงิน)

ผู้จ่ายเงิน

ตำแหน่ง

วันที่

25 พ.ย. 2559

หมายเหตุ (๑) ให้แนบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายทำแผนสุขภาพชุมชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐