

โครงการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ที่ ๐๒/๒๕๖๔

วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ จำนวน ๙๔,๘๔๐.๐๐ บาท (เก้าหมื่นสี่พันแปดร้อยสี่สิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน ๒,๖๗๕.๐๐ บาท (สองพันหกกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวพาวินี เหมียนเอียด จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักปลัดฯ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๒๗,๑๖๓.๖๔ บาท (สองหมื่นเจ็ดพันหนึ่งร้อยเจ็ดสิบบาทหกสิบสี่สตางค์)

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน ๒,๖๗๕.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____
(นางมาลีอะ เสนีย์หีม)
นักวิชาการเงินและบัญชี

ลงชื่อ _____
(นางมาลีอะ เสนีย์หีม)
นักวิชาการเงินและบัญชี

วันที่ _____

วันที่ _____

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๒,๖๗๕.๐๐ บาท

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน ๒,๖๗๕.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____
(นายศุภกริช เล็มหมัด)
ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ลงชื่อ _____
(นายสันติ เล็มหมัด)
นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

วันที่ _____

วันที่ _____

จ่ายเป็น
Δ เชื้อชุดพร้อม/ตัวแลงเงิน/ธนาณัติ
Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)
Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาปากพะยูน
บัญชีเลขที่ ๔๔๕-๒-๔๓๕๓๗-๗
เลขที่เช็ค _____ ลงวันที่ _____
จำนวนเงิน ๒,๖๗๕.๐๐ บาท (สองพันหกกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)
จ่ายให้
นางสาวพาวินี เหมียนเอียด

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม

(นายศุภกริช เล็มหมัด)
ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางกุลจิรา ข้าเกลี้ยง)
นักทรัพยากรบุคคล

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๒,๖๗๕.๐๐ บาท
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (๑)
ตำแหน่ง _____
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (๒)
ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๒,๖๗๕.๐๐ บาท
ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
(นางมาลีอะ เสนีย์หีม)
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี
วันที่ _____

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

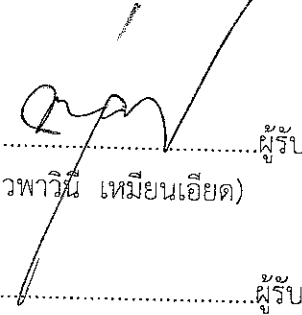
กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง
ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

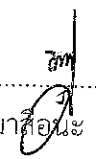
ข้าพเจ้า.....นางสาวพาวินี เหมียนเอียด..... บ้านเลขที่.....70/1..... หมู่ที่.....5.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

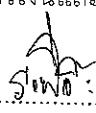
รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) จำนวน 8 คนๆละ 300 บาท เป็นเงิน 2,400 บาท - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 11 ชุดๆละ 25 บาท เป็นเงิน 275 บาท	2,675	-
บาท	2,675	-

จำนวน (.....-สองพันหกกร้อยเจ็ดสิบบ้าบาทถ้วน-.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)

(ลงชื่อ).....
(.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
นางมาศือนะ เส้นยิหิม)
นักวิชาการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ)..........พยาน
(นางสาวรอฝือ๊ะ เทพทอง)
พนักงานจ้างทั่วไป

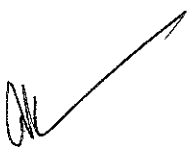
กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง
ใบสำคัญรับเงิน

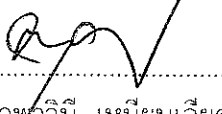
วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นายศุภรักษ์ เสมอหมัด..... บ้านเลขที่.....260..... หมู่ที่.....4.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....สามร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นายศุภรักษ์ เสมอหมัด)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางค้ำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง
ใบสำคัญรับเงิน

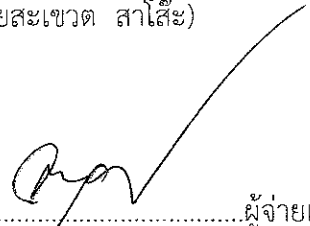
วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นายสะเขต สาโสะ..... บ้านเลขที่.....101..... หมู่ที่.....5.....
ตำบล.....เกาะนางค้ำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางค้ำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....สามร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นายสะเขต สาโสะ)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ


กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง
ใบสำคัญรับเงิน

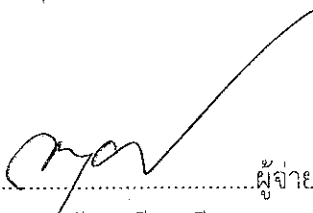
วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นางสาวกฤติยาภรณ์ สีมัสมีง..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....2.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....สามร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นางสาวกฤติยาภรณ์ สีมัสมีง)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพวีณี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ


กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง
ใบสำคัญรับเงิน

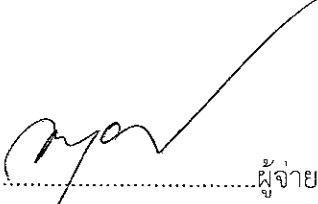
วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นางสาวหรือพี่อะ ขวดหริ่ม..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....4.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....-สามร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ).......... ผู้รับเงิน
(นางสาวหรือพี่อะ ขวดหริ่ม)

(ลงชื่อ).......... ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพวีณี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง
ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นางรวงทิพย์ ศิริ..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....9.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (..... สามร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....*รวงทิพย์*.....ผู้รับเงิน
(นางรวงทิพย์ ศิริ)

(ลงชื่อ).....*นางสาวพวีณี*.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพวีณี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

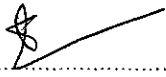
กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง
ใบสำคัญรับเงิน

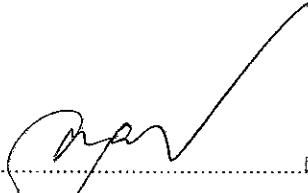
วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นายสุทรง สมแสง..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....สามร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นายสุทรง สมแสง)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางค้ำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง
ใบสำคัญรับเงิน

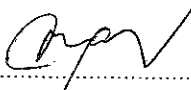
วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นางสาวรอฝือ๊ะ เทพทอง..... บ้านเลขที่.....83/1..... หมู่ที่.....5.....
ตำบล.....เกาะนางค้ำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางค้ำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....สามร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นางสาวรอฝือ๊ะ เทพทอง)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

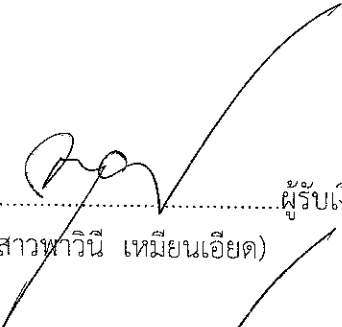
กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางค้ำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง
ใบสำคัญรับเงิน

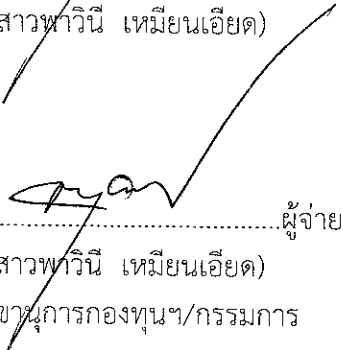
วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นางสาวพาวินี เหมียนเอียด..... บ้านเลขที่.....70/1..... หมู่ที่.....5.....
ตำบล.....เกาะนางค้ำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางค้ำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....สามร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

บัตรประชาชนไทย Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9002 00383 08 2

นางสุภาวดี วัฒนศิริ
 Name Mrs. Ruangthip
 Last name Sire
 เกิด 26 มี.ค. 2517
 Date of Birth 26 Mar. 1974

รูปถ่าย

วันที่ออกบัตรประชาชน	25 มี.ค. 2558	วันที่หมดอายุบัตรประชาชน	25 มี.ค. 2568
Date of Issue	25 Mar. 2018	Date of Expiry	25 Mar. 2028

3900 02 00383 08 2

สำเนาบัตรประชาชน
 ของพี่ชาย
 (นางสุภาวดี วัฒนศิริ)

BONA-7 2-04-2558

THAILAND

JIT 3-1035091-39

อ.วิจิตร พินิจเทศา
 ๘๖ ม.๕ ต.เกาะพะงัน
 อ.เกาะพะงัน จ.สุราษฎร์ธานี

บิลเงินสด CASH SALES

เล่มที่
 BOOK NO. 02
 เลขที่
 BILL NO. ๐๐๕
 วันที่
 DATE : 11 / พ.ย. / ๖3

นามลูกค้า
 CUSTOMER: กอ.ก.ท.อ.วิจิตร พินิจเทศา
 ที่อยู่
 ADDRESS: ๘๖ ม.๕ ต.เกาะพะงัน อ.เกาะพะงัน จ.สุราษฎร์ธานี

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	สต./Stg.
11	อาหารว่างแฉะเครื่องดื่ม	25	275	
			รวมเงิน TOTAL	275

ผู้รับเงิน
 RECEIVED BY :



กรมการทะเบียนราษฎร กรมทะเบียนคนต่างด้าว

Identification Number 3 9306 00251 26 4

นาง อารีรัตน์ นียมดชา

Name Mrs. Arreedah

Last name Niyomdacha

เกิดวันที่ 24 พ.ค. 2521

Date of Birth 24 May 1978

นาง อารีรัตน์ นียมดชา

21 พ.ค. 2566

23 พ.ค. 2566

23 May 2023

Date of Issue

(นาง อารีรัตน์ นียมดชา)

23 พ.ค. 2566

23 May 2023

Date of Expiry



9306-02-05211415

สำเนาถูกต้อง
(นาง อารีรัตน์ นียมดชา)

BORA-2.9-01



ประเทศไทย
THAILAND

J11-0884066-57

ประชุมคณะกรรมการกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเกาะนางคำ
ครั้งที่ 1/2564

วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ.2563 เวลา 09.30 น.



อาหารว่างและเครื่องดื่ม

