

เล่มที่.....-

เลขที่.....-

ใบเสร็จรับเงิน

วันที่.....๓๑..... เดือน...สิงหาคม..... พ.ศ. ...๒๕๖๕.....

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล.....ตำบลทุ่งลาน..... อำเภอ..คลองหอยโข่ง.. จังหวัด..สงขลา.....

ได้รับเงินจาก....สำนักงานเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน..... ที่อยู่..๔๘..หมู่ที่...๙.....
ซอย.....-..... ตำบล ทุ่งลาน..... อำเภอ..คลองหอยโข่ง..... จังหวัด...สงขลา..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
เงินคืนตามโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ	๘๐๐	-
กิจกรรม ประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ		
- ค่าเบี้ยประชุมตอบแทนคณะกรรมการฯ จำนวน ๒ คน		
คนละ ๔๐๐.-บาท		
	๘๐๐	-

จำนวนเงินแปดร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.......... ผู้รับเงิน

(.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ตำแหน่ง เลขานุการคณะกรรมการกองทุนฯ

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ๒๕๖๕.....


ข้าพเจ้า นายชวกรณ์ชัย นามสกุล พรหมวิงษา อยู่บ้านเลขที่ 176 หมู่ที่ ๕
ซอย.....ถนน.....ตำบล สีบัว อำเภอ ปลายพระยา จังหวัด กระบี่

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐ -
เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕	
	๔๐๐ -

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ชวกรณ์ชัย พรหมวิงษา.....ผู้รับเงิน
(นายชวกรณ์ชัย พรหมวิงษา)

ลงชื่อ..........ผู้จ่ายเงิน
(.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ๒๕๖๕.....

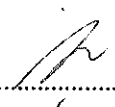
ข้าพเจ้า นายกรุฑพร นามสกุล อ้วนมี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
 ซอย..... ถนน พหลโยธิน ตำบล หาดใหญ่ อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัด สงขลา

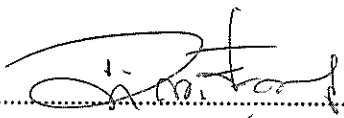
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐	-
เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕		
	๔๐๐	-

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....  ผู้รับเงิน
 (นายกรุฑพร อ้วนมี)

ลงชื่อ.....  ผู้จ่ายเงิน
 (.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ...๒๕๖๕.....

ข้าพเจ้า นายประสิทธิ์ นามสกุล แก้วมรกต อยู่บ้านเลขที่ 18/2 หมู่ที่ 4

ซอย..... ถนน..... ตำบล..... ทุ่งตายน อำเภอ..... คลองหอยโข่ง จังหวัด..... สงขลา

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งตายน ตำบลทุ่งตายน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

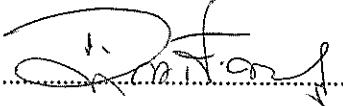
รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐	-
เทศบาลตำบลทุ่งตายน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕		
	๔๐๐	-

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ..... ..... ผู้รับเงิน

(นายประสิทธิ์ แก้วมรกต)

ลงชื่อ..... ..... ผู้จ่ายเงิน

(.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ..๒๕๖๕.....

ข้าพเจ้า.....นายนิลิม.....นามสกุล.....สีตพันธ์.....อยู่บ้านเลขที่...13 หมู่ที่ ๗

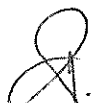
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....ตำบล อำเภอคลองท่อม อีฟง.....จังหวัด.....สงขลา

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองท่อม อีฟง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

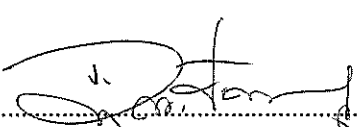
รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐	-
เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕		
	๔๐๐	-

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน

(.....นายนิลิม สีตพันธ์.....)

ลงชื่อ..........ผู้จ่ายเงิน

(.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ๒๕๖๕.....

ข้าพเจ้า นายประจวบ 1- นามสกุล เพ็ชรโรด อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐	-
เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕		
	๔๐๐	-

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)



ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน

(นายประจวบ เพ็ชรโรด)

ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเงิน

(.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ..๒๕๖๕.....

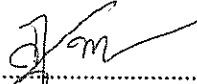
ข้าพเจ้า นายวิเศษ นามสกุล สิงหนาม อยู่บ้านเลขที่ 36/1 หมู่ที่ 2
ซอย.....ถนน.....ตำบล ทุ่งลาน อำเภอ คลองหอยโข่ง จังหวัด สงขลา

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

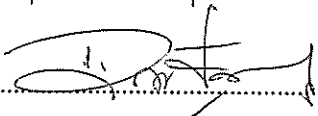
รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐	-
เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕		
	๔๐๐	-

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน

(วิเศษ สิงหนาม)

ลงชื่อ..........ผู้จ่ายเงิน

(.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ๒๕๖๕.....

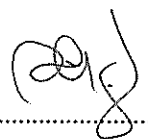
ข้าพเจ้า นาย สิ้น นามสกุล กัลป์ภสย อยู่บ้านเลขที่ 185 หมู่ที่ 3
ซอย..... - ถนน..... - ตำบล พงบาง อำเภอ ท่าวุ้ง จังหวัด สงขลา

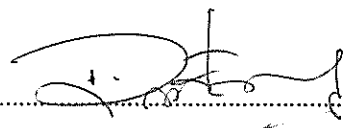
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐ -
เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕	
	๔๐๐ -

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....  ผู้รับเงิน
(.....นาย สิ้น กัลป์ภสย.....)

ลงชื่อ.....  ผู้จ่ายเงิน
(.....นายภานุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ๒๕๖๕.....

ข้าพเจ้า นางบัวฉัตรนามสกุล พรมสวัสดิ์อยู่บ้านเลขที่ ๖/๕ หมู่ที่ ๕

ซอย.....ถนน.....ตำบล ทุ่งลาน อำเภอ คลองหอยโข่ง จังหวัด สงขลา

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๕๐๐	-
เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕		
	๕๐๐	-

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ พรสุดา พรมสวัสดิ์ ✓ ผู้รับเงิน
 (นางพรสุดา พรมสวัสดิ์)

ลงชื่อ [Signature] ✓ ผู้จ่ายเงิน
 (.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ..๒๕๖๕.....

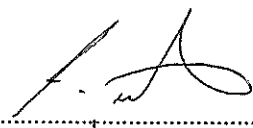
ข้าพเจ้า นายไมตรี นามสกุล แก่นิล อยู่บ้านเลขที่ 11 หมู่ที่ 5
ซอย..... ถนน..... ตำบล ทุ่งลาน อำเภอ คลองหอยโข่ง จังหวัด สงขลา

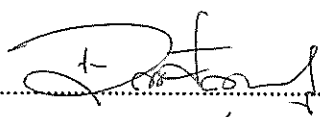
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัด
สงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐	-
เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕		
	๔๐๐	-

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ  ผู้รับเงิน
(นายไมตรี แก่นิล)

ลงชื่อ  ผู้จ่ายเงิน
(นายภาณุ จันทรเมือง)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ...๒๕๖๕.....

ข้าพเจ้า นายจราพงษ์ นามสกุล เกตุคุณพงษ์ อยู่บ้านเลขที่ 44/1 หมู่ที่ 4

ซอย..... ถนน..... ตำบล ทุ่งตาบ อำเภอ คลองหอยโข่ง จังหวัด สงขลา

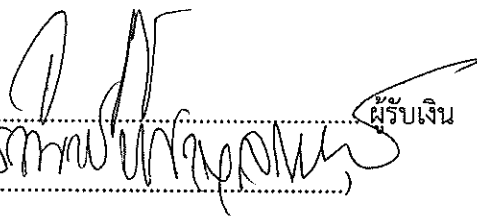
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งตาบ ตำบลทุ่งตาบ อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐	-
เทศบาลตำบลทุ่งตาบ วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕		
	๔๐๐	-

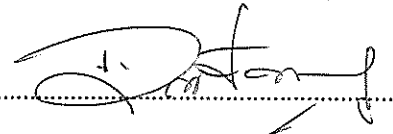
จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....


ผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....


ผู้จ่ายเงิน
(.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ๒๕๖๕.....


ข้าพเจ้า นายบุญภักย์ นามสกุล พทพมวศ อยู่บ้านเลขที่ 1 หมู่ที่ 1
ซอย..... ถนน..... ตำบล ทุ่งลาน อำเภอ คลองหอยโข่ง จังหวัด สงขลา

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัด
สงขลา ดังรายการต่อไปนี้

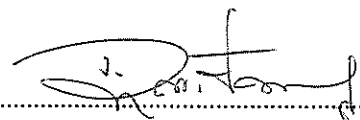
รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕	๔๐๐	-
	๔๐๐	-

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.......... ผู้รับเงิน

(นายบุญภักย์ พทพมวศ)

ลงชื่อ.......... ผู้จ่ายเงิน

(.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ...๒๕๖๕.....

ข้าพเจ้า นายมนต์ นามสกุล สุวิทย์ อยู่บ้านเลขที่ 149 หมู่ที่ 1


ซอย.....ถนน.....ตำบล ทุ่งลาน อำเภอ คลองหอยโข่ง จังหวัด สงขลา

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

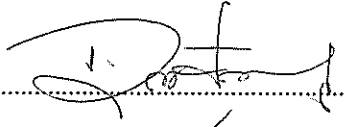
รายการ	จำนวนเงิน
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐ -
เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕	
	๔๐๐ -

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน

(นายมนต์ สุวิทย์)

ลงชื่อ..........ผู้จ่ายเงิน

(.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ...๒๕๖๕.....

ข้าพเจ้า... นายวิศิษฐ์ นามสกุล ... แพทย์สุวรรณ อยู่บ้านเลขที่ ๘๐ หมู่ที่ ๖
ซอย..... ถนน..... ตำบล...ทุ่งลาน..... อำเภอ...คลองทอยโข่ง... จังหวัด... สงขลา

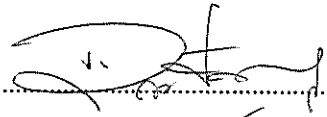
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองทอยโข่ง จังหวัด
สงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐ -
เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕	
	๔๐๐ -

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ... วิศิษฐ์ แพทย์สุวรรณ ผู้รับเงิน
(นายวิศิษฐ์ แพทย์สุวรรณ)

ลงชื่อ...  ผู้จ่ายเงิน
(.....นายภาณุ จันทรเมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ..๒๕๖๕.....

ข้าพเจ้า...นายภาณุ...นามสกุล...จันทร์เมือง...อยู่บ้านเลขที่...๗...หมู่ที่...๙


ซอย.....ถนน.....ตำบล...ทุ่งลาน...อำเภอ...คลองหอยโข่ง...จังหวัด...สงขลา

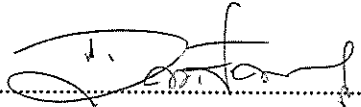
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	๔๐๐	-
เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕		
	๔๐๐	-

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน
(นายภาณุ จันทร์เมือง)

ลงชื่อ..........ผู้จ่ายเงิน
(.....นายภาณุ จันทร์เมือง.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. ..๒๕๖๕

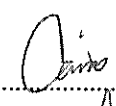
ข้าพเจ้า นางกิติ์ผดุงจิตต์ นามสกุล ไชยผดุงจิตต์ อยู่บ้านเลขที่ 1216 หมู่ที่ 4
ซอย วัดโพธิ์ ถนน..... ตำบล นาโพธิ์ อำเภอ นาโพธิ์ จังหวัด สงขลา

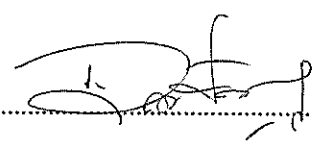
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕	๔๐๐ -
	๔๐๐ -

จำนวนเงินสี่ร้อยบาทถ้วน..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.......... ผู้รับเงิน
(นางกิติ์ผดุงจิตต์ ไชยผดุงจิตต์)

ลงชื่อ.......... ผู้จ่ายเงิน
(นายภาณุ จันทรเมือง)

