

ที่ 06/2562

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลสาบັນ

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.สาบັນ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการวัยเรียน ใส่ใจ มั่นใจ ยิ้มสวย ปี 2562 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาบັນ จำนวน 18,800.00 บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันแปดร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาบັນ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 18,800.00 บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันแปดร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาบັນ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ (นางสาวรุชฌาณี ลือแบงษา) ผู้ขอเบิก  
ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทำรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 183,094.62 บาท (หนึ่งแสนแปดหมื่นสามพันเก้าสิบลีบบาท หกสิบสองสตางค์)

ลงชื่อ (นางสาวรุชฌาณี ลือแบงษา)  
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล  
วันที่ 17 ส.ย. 2562

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน 18,800.00 บาท  
ลงชื่อ (นางโลลา สาและ) ผู้อำนวยการกองคลัง  
วันที่ 17 ส.ย. 2562

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลสาบັນ เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 18,800.00 บาท

ลงชื่อ (นายเจริญ เส้นหิระ) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล  
วันที่ 17 ส.ย. 2562

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 18,800.00 บาท

ลงชื่อ (นายอาหามะรอยาลี อาแวงะจี) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสาบັນ  
วันที่ 17 ส.ย. 2562

จ่ายเป็น ~~เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคาร~~  
Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)  
Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 010118129569 เลขที่เช็ค 14341057 ลงวันที่ 17 ส.ย. 62 จำนวนเงิน 18,800.00 บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันแปดร้อยบาทถ้วน) จ่ายให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาบັນ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร  
ลงชื่อ (นายอาหามะรอยาลี อาแวงะจี) ผู้อำนวยการกองคลัง  
ลงชื่อ (นางสาวรุชฌาณี ลือแบงษา) รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 18,800.00 บาท  
ลงชื่อ (นางสาวรุชฌาณี ลือแบงษา) ผู้รับเงิน (1)  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_  
ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับเงิน (2)  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_  
วันที่ 19 ส.ย. 2562

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 18,800.00 บาท  
ลงชื่อ (นางโลลา สาและ) ผู้จ่ายเงิน  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองคลัง  
วันที่ 19 ส.ย. 2562

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :



เล่มที่ ปน 0534



เลขที่ 010

### ใบเสร็จรับเงิน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับเงินจาก.....  
ตามรายการดังต่อไปนี้

ที่	รายการ/รหัสรายการ	จำนวนเงิน เบิกได้	จำนวนเงิน เบิกไม่ได้	รวมเงิน
	- ค่าจำเริญ โดย มร			90,600 -
	เงินคน 5 โรครวม			2
(ตัวอักษร).....	รวมเงินทั้งสิ้น			90,600 -

ได้รับเงินถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....  
ตำแหน่ง.....  
ผู้รับเงิน

ได้รับเงินจาก.....

รหัสรายการให้ระบุตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0417/ว 77  
ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติม  
พิมพ์ครั้งที่ 2 (ส.ค. 59) ปน.0501 - ปน.0600  
ปี 2559