

เรียน นายก องค์กรบริหารส่วนตำบลสาบัน

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.สาบัน ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการคูห แม่ลูก(สุขภาพ) พื้นที่ ปี 2562 ให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาบัน จำนวน 22,600.00 บาท (สองหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาบัน มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 22,600.00 บาท (สองหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ ในการรับเงิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาบัน จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ (นางสาวรุชฌาณี ลือแบงษา) ผู้ขอเบิก
ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทำรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 120,344.62 บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นสามร้อยสี่สิบสี่บาทหกสิบสองสตางค์)

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

เรียน ปลัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 22,600.00 บาท

ลงชื่อ (นางไลลา สาและ) ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 17 ส.ย. 2562

เรียน นายก องค์กรบริหารส่วนตำบลสาบัน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 22,600.00 บาท

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

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 22,600.00 บาท

ลงชื่อ (นายอาหามะรอยาลี อาแวกะจี) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสาบัน
วันที่ 17 ส.ย. 2562

จ่ายเป็น เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท) ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 010118129569 เลขที่เช็ค 14371057 ลงวันที่ 17 ส.ย. 62 จำนวนเงิน 22,600.00 บาท (สองหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน) จ่ายให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาบัน

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ (นายอาหามะรอยาลี อาแวกะจี) ผู้อำนวยการกองคลัง
ลงชื่อ (นางสาวรุชฌาณี ลือแบงษา) รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 22,600.00 บาท

ลงชื่อ (นางสาวรุชฌาณี ลือแบงษา) ผู้รับเงิน (1)
ตำแหน่ง _____
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (2)
ตำแหน่ง _____
วันที่ 19 ส.ย. 2562

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 22,600.00 บาท

ลงชื่อ (นางไลลา 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.....ป่วยเป็นโรค.....
ตามรายการดังต่อไปนี้

ที่	รายการ/รหัสรายการ	จำนวนเงิน เบิกได้	จำนวนเงิน เบิกไม่ได้	รวมเงิน
	- ค่าจำเริญ 1 ครั้ง			90,600
	เตียงนอน 5 1 ครั้ง			2
	(ตัวอักษร).....รวมเงินทั้งสิ้น			90,600

ได้รับเงินถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....
ตำแหน่ง.....

ผู้รับเงิน

รหัสรายการให้ระบุตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0417/ว 77
ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

พิมพ์ครั้งที่ 2 (ส.ค.59) ปน.0501 - ปน.0600
ปี 2559