



สำเนาถูกต้อง

จริง

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 20.. เดือน..กุมภาพันธ์..... พ.ศ. ...2563..

ข้าพเจ้า นาย นางนางสาว..... นาม..... นาม..... บ้านเลขที่
A./23 ตำบล เขาสูงช้าง อำเภอ เมือง จังหวัด
สงขลา..... ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองเขารูปช้าง ดัง
รายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สตางค์
- ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง ๖๕% เภร ๕๑๑ ๕๒๗ ค่าอาหาร 110 บาท ๒๒ บาท 130 บาท	14,300	-
รวมเป็นเงิน	14,300	-

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) - สิบสี่พันสามร้อยบาทถ้วน -

(ลงชื่อ) ถ้อย..... ผู้รับเงิน
(ถ้อย ไชยสิทธิ์)

(ลงชื่อ) วิสิทธิ์..... ผู้จ่ายเงิน
(วิสิทธิ์ วิสิทธิ์ วิสิทธิ์ วิสิทธิ์)