



ระเบียบระบบการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองเขารูปช้าง

ที่ ฎ.7/2564

วันที่ 21 ตุลาคม 2563

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลเมืองเขารูปช้าง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม พัฒนาระบบการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองเขารูปช้าง จำนวน 580,770.00 บาท (ห้าแสนแปดหมื่นเจ็ดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองเขารูปช้าง มีความประสงค์ขอเบิกเงินจำนวน 1,200.00 บาท (หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน) เพื่อไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสารหลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นายบุญเลิศ แก้วเอียด จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก
(นางสาวศิวดา อ่อนเย็น)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทราบายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 257,529.92 บาท (สองแสนห้าหมื่นเจ็ดพันห้าร้อยยี่สิบเก้าบาทเก้าสิบสองสตางค์)
ลงชื่อ
(นางศรดา สุวรรณไธ)
เจ้าพนักงานตรวจการบัญชี
วันที่ ๒๑ ต.ค. ๒๕๖๓

เรียน ปลัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 1,200.00 บาท
ลงชื่อ
(นายบุญเลิศ แก้วเอียด)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
วันที่ ๒๑ ต.ค. ๒๕๖๓

เรียน นายก เทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 1,200.00 บาท
ลงชื่อ
(นายชูชาติ ธรรมโชติ)
ปลัดเทศบาลเมืองเขารูปช้าง
วันที่ ๒๑ ต.ค. ๒๕๖๓

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 1,200.00 บาท
ลงชื่อ
(นายประสงค์ บริรักษ์)
วันที่ ๒๑ ต.ค. ๒๕๖๓

จ่ายเป็น
Δ เชื้อฉีดพร้อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ
Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาสงขลา
บัญชีเลขที่ 019342486851
เลขที่เช็ค 24832907 ลงวันที่ 21 ต.ค. 63
จำนวนเงิน 1,200.00 บาท (หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)
จ่ายให้ นายบุญเลิศ แก้วเอียด

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายประสงค์ บริรักษ์)
นายกเทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง
ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางพารินตรา ชัยวิวัฒน์พงศ์)
รองปลัดเทศบาลเมืองเขารูปช้าง

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 1,200.00 บาท
ลงชื่อ ผู้รับเงิน (1) ช.ว.อ.
(นางศิวดา อ่อนเย็น)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ลงชื่อ ผู้รับเงิน (2)
()
ตำแหน่ง ()
วันที่ ()

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 1,200.00 บาท
ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน
(นางสาววี ทองนวลจันทร์)
ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข
วันที่ ๒๑ ต.ค. ๒๕๖๓

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :