

ใบเบิกเงิน

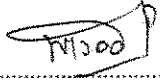
กองทุนหลักประกันสุขภาพ .....ตำบลห้วยไร่.....

ที่ ... เลขที่ L6289.009/2565.....

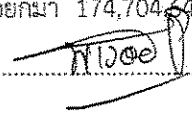
วันที่.....11 พฤษภาคม 2565.....

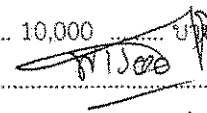
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุน)

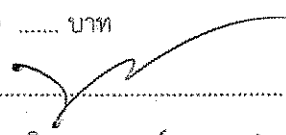
ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติ โครงการของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ม.๒ บ้านหาดทรายมูล ประจำปี พ.ศ. 2565 จำนวน 2 โครงการ ให้แก่ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ม.๒ บ้านหาดทรายมูล จำนวนเงิน 10,000 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 10,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน .....1..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นางวัฒนา โพธิ์สิงห์ จะเป็นผู้รับเงิน

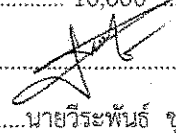
ลงชื่อ  ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

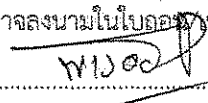
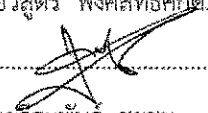
ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว คงเหลือยกมา 174,704.64 บาท คงเหลือยกไป 164,704.64 บาท  
ลงชื่อ  ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (เลขานุการกองทุนฯ)  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ  ผู้ได้รับมอบหมาย  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

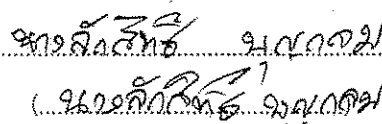
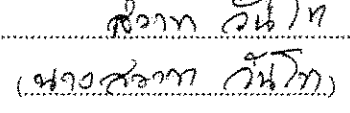
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่(ประธานกองทุนฯ)  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ  (.....นายอภิดุล ทองวงษ์.....)  
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่  
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

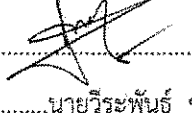
อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวนเงิน..... 10,000 .....บาท  
ลงชื่อ  (.....นายวีระพันธ์ ชุขชม.....)  
นายกนายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุนฯ)  
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)  
Δ ทางธนาคาร  
ธนาคาร .....ธกส..... บัญชีเลขที่ .....010772040169.....  
เลขที่เช็ค .....40163088... ลงวันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....  
จำนวนเงิน .....10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)  
จ่ายให้ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ม.๒ บ้านหาดทรายมูล ค.ห้วยไร่

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอนเช็คธนาคาร  
ลงชื่อ  ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ลงชื่อ  ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวีระพันธ์ ชุขชม.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ  ผู้รับเงิน  
(.....นางวัฒนา โพธิ์สิงห์.....)  
ลงชื่อ  ผู้รับเงิน  
(.....นางวัฒนา โพธิ์สิงห์.....)  
วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ  ผู้จ่ายเงิน  
(.....นายวีระพันธ์ ชุขชม.....)  
ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่  
วันที่ .....

ใบเบิกเงิน

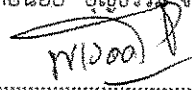
กองทุนหลักประกันสุขภาพ .....ตำบลห้วยไร่.....

ที่ ... เลขที่ L6289.010/2565.....

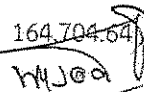
วันที่.....11 พฤษภาคม 2565.....

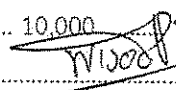
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุน)

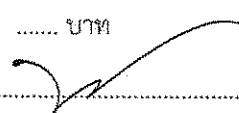
ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติ โครงการของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ม.๓ บ้านหนองตาใกล้ ประจำปี พ.ศ. 2565 จำนวน 2 โครงการ ให้แก่ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ม.๓ บ้านหนองตาใกล้ จำนวนเงิน 10,000 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 10,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน .....1..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นายน้อย บุญธรรม จะเป็นผู้รับเงิน

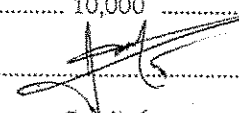
ลงชื่อ  ..... ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

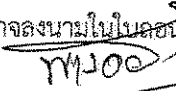

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อยแล้ว คงเหลือยกมา 164,704.64 บาท คงเหลือยกไป 154,704.64 บาท  
ลงชื่อ  ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (เลขานุการกองทุนฯ) เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ  ..... ผู้ได้รับมอบหมาย  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....



เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่(ประธานกองทุนฯ) เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ  ..... (.....นายอภิดุล ทองวงษ์.....)  
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่  
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

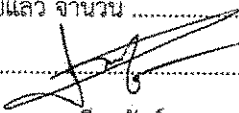
อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ  ..... (.....นายวีระพันธ์ ชุยม.....)  
นายกนายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุนฯ)  
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท) Δ ทางธนาการ  
ธนาการ .....ธกส..... บัญชีเลขที่ .....010772040169.....  
เลขที่เช็ค .....40163089... ลงวันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....  
จำนวนเงิน .....10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)  
จ่ายให้ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ม.๓ บ้านหนองตาใกล้

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาการ  
ลงชื่อ  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ลงชื่อ  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (.....นายวีระพันธ์ ชุยม.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ  ..... ผู้รับเงิน  
(นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์)  
ลงชื่อ  ..... ผู้รับเงิน  
(นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์)  
วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ  ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....นายวีระพันธ์ ชุยม.....)  
ตำแหน่ง นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่  
วันที่.....

ใบเบิกเงิน

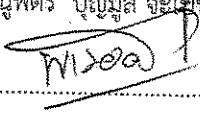
กองทุนหลักประกันสุขภาพ ..... ตำบลห้วยไร่.....

ที่ ... เลขที่ L6289.011/2565.....

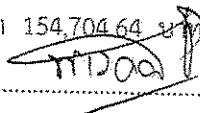
วันที่.....11 พฤษภาคม 2565.....

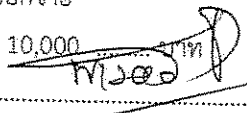
เรียน นายกองค้การบรหิการส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุน)

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติ โครงการของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ม.๙ บ้านหนองตาใกล้ ประจำปี พ.ศ. 2565 จำนวน 2 โครงการ ให้แก่ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ม.๙ บ้านหนองตาใกล้ จำนวนเงิน 10,000 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 10,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน .....1..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นายหนูพิตร บุญมูล จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ .....  ..... ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อบท. ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

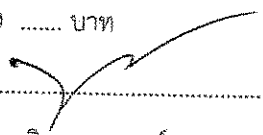
ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

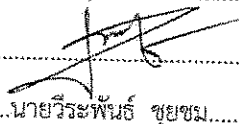
ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ท้กรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว คงเหลือยกมา 154,704.64 บาท คงเหลือยกไป 144,704.64 บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

เรียน ปล้ตองค้การบรหิการส่วนตำบลห้วยไร่ (เลขานุการกองทุนฯ)  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ผู้ได้รับมอบหมาย

วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

เรียน นายกองค้การบรหิการส่วนตำบลห้วยไร่(ประธานกองทุนฯ)  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
(.....นายอภิศุล ทองวงษ์.....)

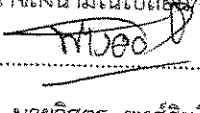
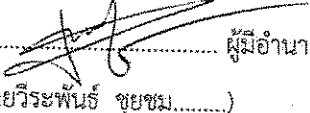
อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวนเงิน..... 10,000 .....บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
(.....นายวีระพันธ์ ชูขยม.....)

ปล้ตองค้การบรหิการส่วนตำบลห้วยไร่

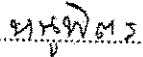
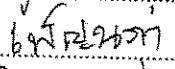
นายกนายกองค้การบรหิการส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุนฯ)  
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

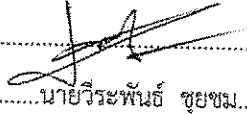
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)  
Δ ทางธนาคาร  
ธนาคาร .....ธกส..... บัญชีเลขที่ .....010772040169.....  
เลขที่เช็ค .....40163090.... ลงวันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....  
จำนวนเงิน .....10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)  
จ่ายให้ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชมชม ม.๙ บ้านหนองตาใกล้

ผู้มีอำนาจลงนามใบใบกลม/เช็ครณาการ  
ลงชื่อ.....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ลงชื่อ.....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวีระพันธ์ ชูขยม.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ.....  ..... ผู้รับคน  
(นางหนูพิตร บุญมูล)  
ลงชื่อ.....  ..... ผู้รับเงิน  
(นางหนูพิตร บุญมูล)  
วันที่.....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ.....  ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....นายวีระพันธ์ ชูขยม.....)  
ตำแหน่ง นายกกองค้การบรหิการส่วนตำบลห้วยไร่  
วันที่.....

# ใบเบิกเงิน

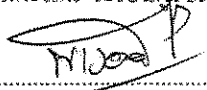
กองทุนหลักประกันสุขภาพ .....ตำบลห้วยไร่.....

ที่ ... เลขที่ L6289.012/2565.....

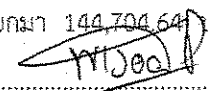
วันที่.....11 พฤษภาคม 2565.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุน)


ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติ โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพโคกสว่าง ม.๔ ประจำปี พ.ศ. 2565 จำนวน 4 โครงการ ให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพโคกสว่าง ม.๔ จำนวนเงิน 10,000 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 10,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ...1..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นางจำเนียร สิตะเสน จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ .....  ..... ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

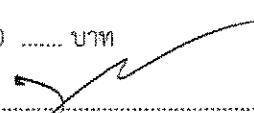
ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อยู่เรียบร้อยแล้ว คงเหลือยกมา 144,704.64 บาท คงเหลือยกไป 134,704.64 บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

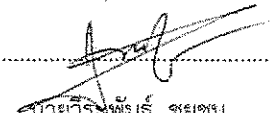
เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (เลขานุการกองทุนฯ)  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  .....  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ผู้ได้รับมอบหมาย

วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....


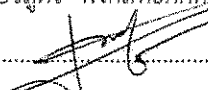
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่(ประธานกองทุนฯ)  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
(.....นายอภิตุล ทองวงษ์.....)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

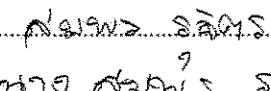
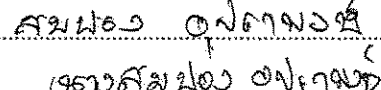
วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

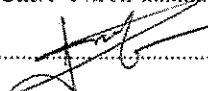
อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวนเงิน..... 10,000 .....บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
(.....นายวิระพันธ์ ชุขชม.....)  
นายกนายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุนฯ)  
วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)  
Δ ทางธนาคาร  
ธนาคาร .....ธกส..... บัญชีเลขที่ .....010772040169.....  
เลขที่เช็ค .....40163091... ลงวันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....  
จำนวนเงิน .....10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)  
จ่ายให้ กองทุนหลักประกันสุขภาพโคกสว่าง ม.๔

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/ใช้ธนาคาร  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวิระพันธ์ ชุขชม.....)

## หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน  
(นางอ. สสมสง สิตะเสน)  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน  
(นางสมสง สิตะเสน)  
วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....นายวิระพันธ์ ชุขชม.....)  
ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่  
วันที่.....

ใบเบิกเงิน

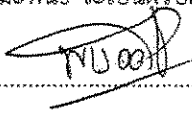
กองทุนหลักประกันสุขภาพ .....ตำบลห้วยไร่.....

ที่ ... เลขที่ L6289.013/2565.....

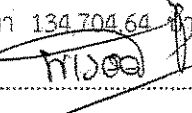
วันที่.....11 พฤษภาคม 2565.....

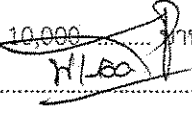
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุน)

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติ โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาคใต้เจริญ ม.๕ ประจำปี พ.ศ. 2565 จำนวน 4 โครงการ ให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพภาคใต้เจริญ ม.๕ จำนวนเงิน 10,000 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 10,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ...1..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นางพอดิ ถานะพันธ์ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ .....  ..... ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

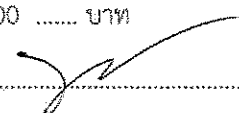
ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ


ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อยู่เรียบร้อยแล้ว คงเหลือยกมา 134,704.64 บาท คงเหลือยกไป 124,704.64 บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (เลขานุการกองทุนฯ)  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  .....  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ผู้ได้รับมอบหมาย

วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่(ประธานกองทุนฯ)  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
(.....นายอภิตุล ทองวงษ์.....)

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวนเงิน..... 10,000 .....บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
(.....นายวีระพันธ์ ชุยม.....)

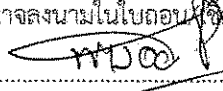
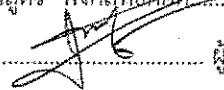
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

นายกนายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุนฯ)

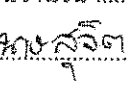
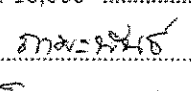
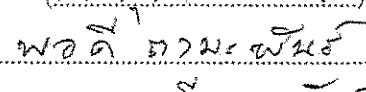
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

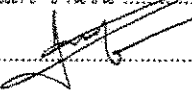
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดพร้อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)  
Δ ทางธนาคาร  
ธนาคาร .....ธกส..... บัญชีเลขที่ .....010772040169.....  
เลขที่เช็ค .....40163092.... ลงวันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....  
จำนวนเงิน .....10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)  
จ่ายให้ กองทุนหลักประกันสุขภาพภาคใต้เจริญ ม.๕

ผู้มีอำนาจลงนามใบใบถอน/เช็คธนาคาร  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวีระพันธ์ ชุยม.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ   ผู้รับเงิน  
(นางสุจิต ถานะพันธ์)  
ลงชื่อ  ผู้รับเงิน  
(นางพอดิ ถานะพันธ์)  
วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....นายวีระพันธ์ ชุยม.....)  
ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่  
วันที่.....

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

ใบเบิกเงิน

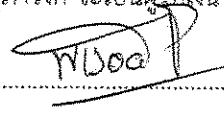
กองทุนหลักประกันสุขภาพ .....ตำบลห้วยไร่.....

ที่ ... เลขที่ L6289.014/2565.....

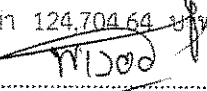
วันที่.....11 พฤษภาคม 2565.....

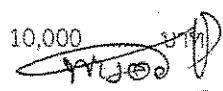
เรียน นายกองดีการบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุน)

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติ โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพบ้านห้วยนา ม.๖ ประจำปี พ.ศ. 2565 จำนวน 4 โครงการ ให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพบ้านห้วยนา ม.๖ จำนวนเงิน 10,000 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 10,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ...1..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นายสุวรรณ สุภาวงศ์ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ .....  ..... ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิ์ศักดิ์.....)

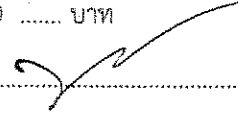
ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

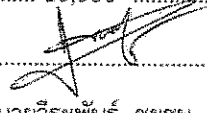
ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว คงเหลือยกมา 124,704.64 บาท คงเหลือยกไป 114,704.64 บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิ์ศักดิ์.....)

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (เลขานุการกองทุนฯ)  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  .....  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิ์ศักดิ์.....)  
ผู้ได้รับมอบหมาย

วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

เรียน นายกองดีการบริหารส่วนตำบลห้วยไร่(ประธานกองทุนฯ)  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  .....  
(.....นายอภิตุล ทองวงษ์.....)

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวนเงิน..... 10,000 .....บาท  
ลงชื่อ .....  .....  
(.....นายวิระพันธ์ ชูชม.....)

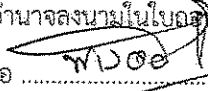
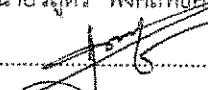
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

นายกองดีการบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุนฯ)

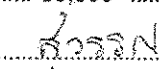
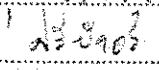
วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

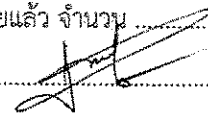
วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)  
Δ ทางธนาคาร  
ธนาคาร .....ธกส..... บัญชีเลขที่ .....010772040169.....  
เลขที่เช็ค .....40163093... ลงวันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....  
จำนวนเงิน .....10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)  
จ่ายให้ กองทุนหลักประกันสุขภาพบ้านห้วยนา ม.๖

ผู้มีอำนาจลงนามใบเบิกเงิน/เช็คธนาคาร  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิ์ศักดิ์.....)  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวิระพันธ์ ชูชม.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน  
(นายสุวรรณ สุภาวงศ์)  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน  
(นายวิสูตร พงศ์สิทธิ์ศักดิ์)  
วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....นายวิระพันธ์ ชูชม.....)  
ตำแหน่ง นายกองดีการบริหารส่วนตำบลห้วยไร่  
วันที่.....

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

ใบเบิกเงิน

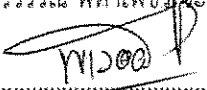
กองทุนหลักประกันสุขภาพ .....ตำบลห้วยไร่.....

ที่ ... เลขที่ L6289.015/2565.....

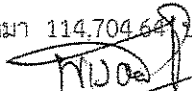
วันที่.....11 พฤษภาคม 2565.....

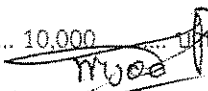
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุน)

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติ โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพบ้านโคกช้างมะนาย ม.๗ ประจำปี พ.ศ. 2565 จำนวน 4 โครงการ ให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพบ้านโคกช้างมะนาย ม.๗ จำนวนเงิน 10,000 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 10,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน .....1..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นางฉวีวรรณ พทาเพชร จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ .....  ..... ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิ์ศักดิ์.....)

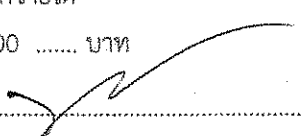
ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

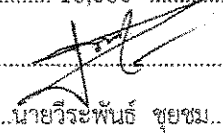
ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อยแล้ว คงเหลือยกมา 114,704.64 บาท คงเหลือยกไป 104,704.64 บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิ์ศักดิ์.....)

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (เลขานุการกองทุนฯ)  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  .....  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิ์ศักดิ์.....)  
ผู้ได้รับมอบหมาย


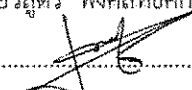
วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

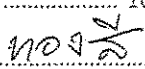
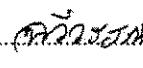
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่(ประธานกองทุนฯ)  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
(.....นายอภิคุณ ทองวงษ์.....)

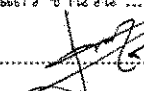
อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวนเงิน..... 10,000 .....บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
(.....นายวิระพันธ์ ชูชม.....)  
นายกนายนกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุนฯ)  
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคา Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)  
Δ ทางธนาคาร  
ธนาคาร .....ธกส..... บัญชีเลขที่ .....010772040169.....  
เลขที่เช็ค .....40163094... ลงวันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....  
จำนวนเงิน .....10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)  
จ่ายให้ กองทุนหลักประกันสุขภาพบ้านโคกช้างมะนาย ม.๗

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/ใช้ธนาคาร  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิ์ศักดิ์.....)  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวิระพันธ์ ชูชม.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน  
(นางทองลี่ สานแก้ว)  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน  
(นางฉวีวรรณ พทาเพชร)  
วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....นายวิระพันธ์ ชูชม.....)  
ตำแหน่ง นายกกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่  
วันที่.....

ใบเบิกเงิน

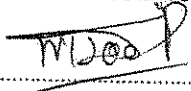
กองทุนหลักประกันสุขภาพ .....ตำบลห้วยไร่.....

ที่ ... เลขที่ L6289.017/2565..... j

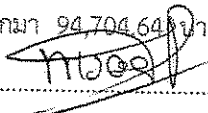
วันที่.....11 พฤษภาคม 2565.....

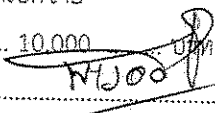
เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุน)

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติ โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาคใต้เจริญ ม.๑๐ ประจำปี พ.ศ. 2565 จำนวน 4 โครงการ ให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพภาคใต้เจริญ ม.๑๐ จำนวนเงิน 10,000 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์ จะขอเบิกเงินจำนวน 10,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ...1..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นางนุชนาฎ ทองย้อย จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ .....  ..... ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว คงเหลือยกมา 94,704.64 บาท คงเหลือยกไป 84,704.64 บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

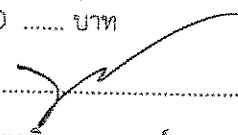
เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (เลขานุการกองทุนฯ)  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน ..... 10,000 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  .....  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ผู้ได้รับมอบหมาย  
วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่(ประธานกองทุนฯ)

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวน ..... 10,000 ..... บาท

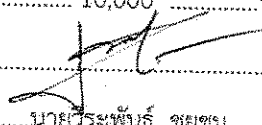
ลงชื่อ .....  .....  
(.....นายอภิคุณ ทองวงษ์.....)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน..... 10,000 .....บาท

ลงชื่อ .....  .....  
(.....นายวีระพันธ์ ชูชุม.....)

นายกนายองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุนฯ)

วันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)  
Δ ทางธนาคาร

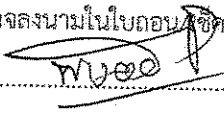
ธนาคาร .....ธกส..... บัญชีเลขที่ .....010772040169.....

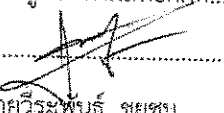
เลขที่เช็ค .....40163096... ลงวันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....

จำนวนเงิน .....10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

จ่ายให้ กองทุนหลักประกันสุขภาพภาคใต้เจริญ ม.๑๐

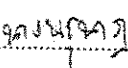
ผู้มีอำนาจลงนามใบเบิกถอนอาคาร

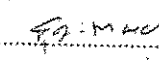
ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวีระพันธ์ ชูชุม.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

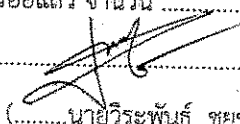
ได้รับเงินจำนวน ..... 10,000 ..... บาท

ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน  
(นายอภิคุณ ทองวงษ์)

ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน  
(นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์)

วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... 10,000 ..... บาท

ลงชื่อ .....  ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....นายวีระพันธ์ ชูชุม.....)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

วันที่ .....



ใบเบิกเงิน

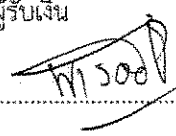
กองทุนหลักประกันสุขภาพ .....ตำบลห้วยไร่.....

ที่ ... เลขที่ L6289.006/2565.....

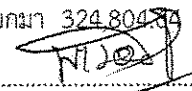
วันที่.....11 พฤษภาคม 2565.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุน)

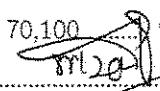
ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติ โครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภักดีเจริญ ประจำปี พ.ศ. 2565 จำนวน 6 โครงการ ให้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภักดีเจริญ จำนวนเงิน 70,100 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน 70,100 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ....1..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นางไพรวลัย ศิริมณี จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ .....  ..... ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

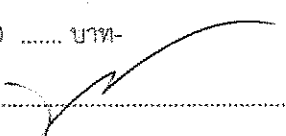
ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว คงเหลือยกมา 324,804.57 บาท คงเหลือยกไป 254,704.64 บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย)  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)

วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

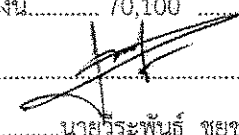
เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (เลขานุการกองทุนฯ)  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน ..... 70,100 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  .....  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ผู้ได้รับมอบหมาย

วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

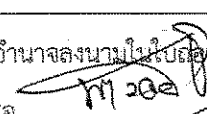
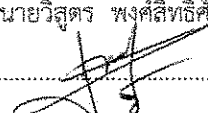
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่(ประธานกองทุนฯ)  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวน ..... 70,100 ..... บาท-  
ลงชื่อ.....  .....  
(.....นายอภิตล ทองวงษ์.....)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

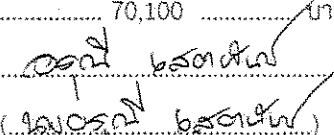
วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....


อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวนเงิน..... 70,100 .....บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
(.....นายวีระพันธ์ ชูขม.....)  
นายกนายนายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ (ประธานกองทุนฯ)  
วันที่ ..... 11 พฤษภาคม 2565.....

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)  
Δ ทางธนาคาร  
ธนาคาร .....ธกส..... บัญชีเลขที่ .....010772040169.....  
เลขที่เช็ค .....40163085.... ลงวันที่ .....11 พฤษภาคม 2565.....  
จำนวนเงิน .....70,100 บาท (เจ็ดหมื่นหนึ่งร้อยบาทถ้วน)  
จ่ายให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภักดีเจริญ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม  
(.....นายวีระพันธ์ ชูขม.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... 70,100 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน  
(.....นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์.....)  
ตำแหน่ง .....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....  
วันที่ ..... 12 พ.ค. 65.....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... 70,100 ..... บาท  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....นายวีระพันธ์ ชูขม.....)  
ตำแหน่ง นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่  
วันที่.....

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

เล่มที่ 005



ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 50

ในราชการ รพ. สจ. วัดใต้ ๒๐๖๓ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข  
วันที่ 12 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 25๖5  
ได้รับเงินจากกองทุนสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัว ( ) ตามรายละเอียดดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
1. โครงการสวัสดิการที่ 1. โครงการรณรงค์ให้คนไทยเลิกสูบบุหรี่	18,000
2. โครงการเสริมสร้างครอบครัวให้อบอุ่นและสมบูรณ์	24,300
3. โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กด้อยโอกาส	7,650
4. โครงการส่งเสริมสุขภาพคนชรา	5,150
5. โครงการส่งเสริมสุขภาพสตรี	4,000
6. โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ	6,000
รวมบาท	70,100
บาท	

๖.๖.๖๖๔

จำนวนเงิน (๖๖,๖๖๔ บาท) (ตัวอักษร)  
ได้เป็นการถูกต้องแล้ว

(ก.ย. 62)  
เล่มที่ อจ. 001-500

ลงชื่อ อรุณี ๒๖๖๖๖๖ ผู้รับเงิน  
ตำแหน่ง นักวิชากรชำนาญการพิเศษ

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่  
เลขรับที่ 148/65 เวลา 10:54  
วันที่ 26 เม.ย. 2565 ผู้รับ



ที่ อจ ๐๑๓๒.๑๐๑/๕๐

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภักดีเจริญ  
อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ๓๗๐๐๐

สภานิติบัญญัติ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่  
เลขรับที่ 148/65 เวลา 11.00  
วันที่ ๒๖ เม.ย. ๒๕๖๕ ผู้รับ

๒๒ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยไร่ ปี ๒๕๖๕

006/9995

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยไร่ ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๖ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภักดีเจริญ ขอส่งโครงการ ฯ เพื่อดำเนินงานโครงการ  
แก้ไขปัญหาในพื้นที่ตามโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยไร่ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕  
ดังต่อไปนี้

- |  |                  |
|--|------------------|
| ๑.โครงการรณรงค์ทำความสะอาดหมู่บ้านและปรับปรุง ฯ        | จำนวน ๑๘,๐๐๐ บาท |
| ๒.โครงการเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ ฯ         | จำนวน ๒๔,๓๐๐ บาท |
| ๓.โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงาน ฯ        | จำนวน ๗,๖๕๐ บาท  |
| ๔.โครงการการดูแลสุขภาพประชาชนด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน ฯ     | จำนวน ๕,๑๕๐ บาท  |
| ๕.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง ฯ | จำนวน ๙,๐๐๐ บาท  |
| ๖.โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๕                    | จำนวน ๖,๐๐๐ บาท  |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๗๐,๑๐๐ บาท (เจ็ดหมื่นหนึ่งร้อยบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

-ด้วย อาน ส.อ. อภักดีเจริญ,

ขอส่งโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตามสิ่งที่อยู่ใจ ขอแสดงความนับถือ

ปี ๒๕๖๕

(นางไพรวลัย ศิริมณี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภักดีเจริญ

-เพื่อไปจัดทำ

ใบเสร็จ

-นายอภิสิทธิ์ ทอวงษ์  
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล  
(นายทอวงษ์ ทอวงษ์)  
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

-นายอภิสิทธิ์ ทอวงษ์  
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

(นายอภิสิทธิ์ ทอวงษ์)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

รพ.ส.ต.ภักดีเจริญ

โทร.๐-๔๕๕๒-๓๙๐๖

ใบเสร็จรับเงิน  
เลขที่ ๐๐๑  
นายวิสูตร พงษ์สิทธิศักดิ์

(นายวิสูตร พงษ์สิทธิศักดิ์)

นายวิสูตร พงษ์สิทธิศักดิ์

(นายวิสูตร พงษ์สิทธิศักดิ์)

นายวิสูตร พงษ์สิทธิศักดิ์

<p>ผู้รับเงิน/ผู้รับทรัพย์สินอื่น</p> <p>ชื่อ</p> <p>นามสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เลขบัญชี</p> <p>จำนวนเงิน</p> <p>บาท</p> <p>10,000</p>	<p>ผู้รับเงิน/ผู้รับทรัพย์สินอื่น</p> <p>ชื่อ</p> <p>นามสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เลขบัญชี</p> <p>จำนวนเงิน</p> <p>บาท</p> <p>10,000</p>
--	--

หลักฐานการรับเงิน

<p>ผู้รับเงิน/ผู้รับทรัพย์สินอื่น</p> <p>ชื่อ</p> <p>นามสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เลขบัญชี</p> <p>จำนวนเงิน</p> <p>บาท</p> <p>10,000</p>	<p>ผู้รับเงิน/ผู้รับทรัพย์สินอื่น</p> <p>ชื่อ</p> <p>นามสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เลขบัญชี</p> <p>จำนวนเงิน</p> <p>บาท</p> <p>10,000</p>
--	--

<p>ผู้รับเงิน/ผู้รับทรัพย์สินอื่น</p> <p>ชื่อ</p> <p>นามสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เลขบัญชี</p> <p>จำนวนเงิน</p> <p>บาท</p> <p>10,000</p>	<p>ผู้รับเงิน/ผู้รับทรัพย์สินอื่น</p> <p>ชื่อ</p> <p>นามสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เลขบัญชี</p> <p>จำนวนเงิน</p> <p>บาท</p> <p>10,000</p>
--	--

<p>ผู้รับเงิน/ผู้รับทรัพย์สินอื่น</p> <p>ชื่อ</p> <p>นามสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เลขบัญชี</p> <p>จำนวนเงิน</p> <p>บาท</p> <p>10,000</p>	<p>ผู้รับเงิน/ผู้รับทรัพย์สินอื่น</p> <p>ชื่อ</p> <p>นามสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เลขบัญชี</p> <p>จำนวนเงิน</p> <p>บาท</p> <p>10,000</p>
--	--

<p>ผู้รับเงิน/ผู้รับทรัพย์สินอื่น</p> <p>ชื่อ</p> <p>นามสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เลขบัญชี</p> <p>จำนวนเงิน</p> <p>บาท</p> <p>10,000</p>	<p>ผู้รับเงิน/ผู้รับทรัพย์สินอื่น</p> <p>ชื่อ</p> <p>นามสกุล</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เลขบัญชี</p> <p>จำนวนเงิน</p> <p>บาท</p> <p>10,000</p>
--	--

ใบรับเงิน

ออกให้บุคคลที่ระบุชื่อข้างล่าง

เลขที่ 6289.008/2565

วันที่ 11 พฤษภาคม 2565

(.....)

.....

(.....)

.....

(.....)

.....

(.....)

.....

10,000.00	6,000.00
4,000	

1. ใ้การนำความขึ้นของกันไว้ที่ 19 มิ.ย. 2565  
 2. ใ้การนำความขึ้นของกันไว้ที่ 25 มิ.ย. 2565

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ใบเบิกเงิน

กองทัพนักษะสัมพันธ์สุขภาพ ตำบลหวายไร่

พ.ศ. .... เลขที่ 6289.007/2565 วันที่ 11 พฤษภาคม 2565

เรียน นายกองัดการบริวารสาธารณสุขตำบลหวายไร่ (ประธานกองทุน)

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหวายไร่ ได้อนุมัติโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหวายไร่ ประจำปี พ.ศ. 2565 จำนวน 5

โครงการ ในที่นี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหวายไร่ จำนวนเงิน 70,000 บาท นั้น บุคคลนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์ขอยืมเงิน

จำนวน 70,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตรวจ/กิจกรรมทางการแพทย์/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จำนวน 1.....ฉบับ

ในให้พิจารณาแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นางอ่อน อ. ศรีสมการ ซึ่งเป็นผู้รับเงิน

ชื่อ 

ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อบท.  
ที่ตำบลหวายไร่)

ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ตำบลหวายไร่

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง

เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทำการเบิกเงินในครั้งเป็นเรียบร้อยแล้ว

คงเหลือยกมา 254,704.64 บาท คงเหลือยกไป 184,704.64 บาท

ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบนาย)

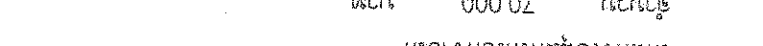
(..... นายวิศิษฐ์ พงศ์สิทธิ์ศักดิ์)

วันที่ 11 พฤษภาคม 2565.....

เรียน นายกองัดการบริวารสาธารณสุขตำบลหวายไร่ (ประธานกองทุน)

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่าย

จำนวน 70,000 บาท

ชื่อ 

(..... นายอัคร ทวีชัย)

ปลัดองค์การบริหารสาธารณสุขตำบลหวายไร่

วันที่ 11 พฤษภาคม 2565.....

จ่ายเป็น Δ ใช้ซื้อเครื่องมือ/ตัวแกลบเงิน/ยารักษา Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

Δ ทางธนาคาร

ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ ..... 010772040169.....


เลขที่เช็ค ..... 40163086..... ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2565.....

จำนวนเงิน ..... 70,000 บาท (เจ็ดหมื่นบาทถ้วน)

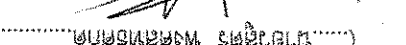
จ่ายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหวายไร่

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ผู้โอนเงินจำนวนเงินไปบัญชี/เช็คธนาคาร

ชื่อ 

(..... นายวิศิษฐ์ พงศ์สิทธิ์ศักดิ์)

ชื่อ 

(..... นายอัคร ทวีชัย)

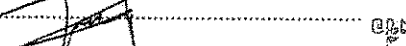
ผู้โอนเงิน

จำนวนเงิน 70,000 บาท

ชื่อ 

(..... นายอัคร ทวีชัย)

ได้รับเงินจำนวน 70,000 บาท

ชื่อ 

(..... นายอัคร ทวีชัย)

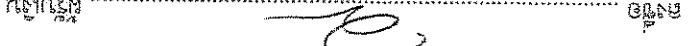
วันที่ 11 พฤษภาคม 2565

ตำบลหวายไร่

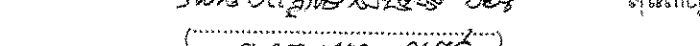
อำเภอหวายไร่

จังหวัดนนทบุรี

ได้รับเงินจำนวน 70,000 บาท

ชื่อ 

(..... นายอัคร ทวีชัย)

ชื่อ 

(..... นายอัคร ทวีชัย)

วันที่ 11 พฤษภาคม 2565

ตำบลหวายไร่

อำเภอหวายไร่

จังหวัดนนทบุรี

အမှတ် ၂၅၅  
ရုံးချုပ်

ပြည်ထောင်စု (၆၂)  
နံပါတ် ၀၀၁-၅၀၀

(ရုံးချုပ်)

ပြည်ထောင်စု

အရပ်ရပ်

အရပ်ရပ်	ပစ္စည်း
	အဖိုး
	အရောင်း
	အခြား
	စုစုပေါင်း

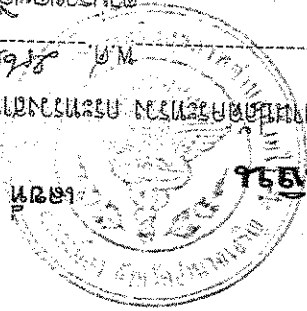
အရောင်းအဝယ် ပစ္စည်းများ  
အရောင်းအဝယ် ပစ္စည်းများ  
အရောင်းအဝယ် ပစ္စည်းများ  
အရောင်းအဝယ် ပစ္စည်းများ  
အရောင်းအဝယ် ပစ္စည်းများ

၀.၀.၀.၀.၀

အရောင်းအဝယ် ပစ္စည်းများ  
အရောင်းအဝယ် ပစ္စည်းများ  
အရောင်းအဝယ် ပစ္စည်းများ  
အရောင်းအဝယ် ပစ္စည်းများ  
အရောင်းအဝယ် ပစ္စည်းများ

၄၆

ပြည်ထောင်စု



၀၀၈