**ฎีกาเบิกเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร** (แบบ ๓/๕)

(สำหรับสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร)

เลขที่ฎีกา ..........................................

วันที่จัดทำ ..........................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายละเอียดการเบิกจ่าย** | | | | | | | |
| ปีงบประมาณ พ.ศ. .................................................................................................. | | | | | เลขที่ใบขอเบิกเงิน......................................... วันที่ขอเบิก....................................... | | |
| รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม : ................................................................ | | | | | จำนวนเงินที่ขอเบิก..........................................................................................บาท | | |
| ชื่อแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม : .................................................................. | | | | | งวดที่........................................................................................................................ | | |
| ................................................................................................................................ | | | | | เพื่อนำเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) | | |
| ................................................................................................................................ | | | | | สาขา........................................................................................................................ | | |
| ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม : ............................................................ | | | | | ชื่อบัญชี .................................................................................................................. | | |
| ................................................................................................................................ | | | | | เลขที่บัญชี ............................................................................................................... | | |
| ประเภทแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม : .......................................................... | | | | | เอกสารประกอบฎีกาเบิกเงิน จำนวน...............................................................ฉบับ | | |
| จำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติ...................................................................................บาท | | | | |  | | |
| กำหนดให้แบ่งจ่ายเงินเป็นงวด จำนวนทั้งหมด..................................................งวด | | | | |  | | |
| **การตรวจสอบ** | | | | | | | |
| เรียน รองหัวหน้าสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร | | | | | เรียน หัวหน้าสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร | | |
| ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้ว | | | | | เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ......................................................... บาท | | |
| มีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน ................................................ บาท | | | | | (..............................................................................................................................) | | |
| (..............................................................................................................................) | | | | |  | | |
| ลงชื่อ | | .................................................................... | | ผู้ตรวจสอบ | ลงชื่อ | .................................................................... |  |
|  | | (..................................................................) | |  |  | (..................................................................) |  |
| ตำแหน่ง | | .................................................................... | |  | รองหัวหน้าสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร | | |
| วันที่ | | .................................................................... | |  | วันที่ | .................................................................... |  |
| เรียน ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร/บุคคลที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครมอบหมาย | | | | | อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ............................................................................ บาท | | |
| เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ................................................ บาท | | | | | (..............................................................................................................................) | | |
| (.............................................................................................................................) | | | | |  |  |  |
| ลงชื่อ | | .................................................................... | |  | ลงชื่อ | .................................................................... |  |
|  | | (..................................................................) | |  |  | (..................................................................) |  |
| หัวหน้าสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร | | | | | ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร | | |
| วันที่ | | .................................................................... | |  | วันที่ | .................................................................... |  |
| จ่ายเป็น | * เช็คขีดคร่อม | | | | ผู้มีอำนาจลงนามในเช็คธนาคาร | | |
| ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขา ................................................................... | | | | | ลงชื่อ | .................................................................... | ผู้มีอำนาจลงนาม |
| เลขที่บัญชี ............................................................................................................... | | | | |  | (..................................................................) |  |
| เลขที่เช็ค ................................................ ลงวันที่ .................................................... | | | | |  |  |  |
| จำนวนเงิน ...................................................................................................... บาท | | | | | ลงชื่อ | .................................................................... | ผู้มีอำนาจลงนาม |
| (..............................................................................................................................) | | | | |  | (..................................................................) |  |
| จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน).................................................................................................. | | | | |  |  |  |
| ................................................................................................................................. | | | | |  |  |  |
| **หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน** | | | | | | | |
| ได้รับเงินแล้ว จำนวน ..................................................................................... บาท | | | | | ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..................................................................... บาท | | |
| (..............................................................................................................................) | | | | | (..............................................................................................................................) | | |
| ลงชื่อ........................................ผู้รับเงิน | | | ลงชื่อ........................................ผู้รับเงิน | | ลงชื่อ | .................................................................... | ผู้จ่ายเงินกองทุน |
| (........................................) | | | (........................................) | |  | (..................................................................) |  |
| วันที่ ......................................... | | | วันที่ ......................................... | | ตำแหน่ง | .................................................................... |  |
|  | | |  | | วันที่ | .................................................................... |  |
| \*หมายเหตุ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน/ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ | | | | | | | |