**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 |