**หนังสือขอเบิกเงินตามกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรร** (แบบ ๓/๑)

**เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้แก่สำนักงานกองทุนสาขาไว้สำหรับเบิกจ่ายให้แก่ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม**

(สำหรับสำนักงานเขต)

เรียน หัวหน้าสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

ตามที่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ได้มีมติที่ประชุมในคราวประชุมครั้งที่ ........../................. เมื่อวันที่ ...................................... จัดสรรกรอบวงเงินประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ................. /กรอบวงเงินประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ................. เพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขให้บุคคล ในพื้นที่ของเขต.......................... ตามรายละเอียดที่ได้แจ้งการจัดสรรกรอบวงเงินแนบท้ายหนังสือนี้ รวมเป็นเงินที่ได้รับจัดสรรทั้งสิ้น จำนวน .................................. บาท (...............................................................) นั้น

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับเขตของกรุงเทพมหานคร ในพื้นที่เขตข้างต้นเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ในการนี้ จึงขอเบิกเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร จำนวน ............................................................... บาท (...............................................................) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้แก่สำนักงานกองทุนสาขา.......................... ไว้สำหรับเบิกจ่ายให้แก่ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมต่อไป

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | ผู้ขอเบิก |
|  | ผู้อำนวยการเขต.......... |  |
| วัน .......... เดือน .................... พ.ศ. .......... |

|  |
| --- |
| **การตรวจสอบ** |
| ได้ตรวจสอบจำนวนกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรรและจำนวนเงินที่ขอเบิกแล้ว | อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ............................................................................ บาท |
| ถูกต้องตรงกัน และมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ | (..............................................................................................................................) |
| จำนวน ............................................................................................................ บาท |  |
| (..............................................................................................................................) |  |
| ลงชื่อ | .................................................................... | ผู้ตรวจสอบ | ลงชื่อ | .................................................................... |  |
|  | (..................................................................) |  |  | (..................................................................) |  |
| ตำแหน่ง | .................................................................... |  | ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร/บุคคลที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครมอบหมาย |
| วันที่ | .................................................................... |  | วันที่ | .................................................................... |  |
| จ่ายเป็น | * เช็คขีดคร่อม
 | ผู้มีอำนาจลงนามในเช็คธนาคาร |
| ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขา ................................................................... | ลงชื่อ | .................................................................... | ผู้มีอำนาจลงนาม |
| เลขที่บัญชี ............................................................................................................... |  | (..................................................................) |  |
| เลขที่เช็ค ................................................ ลงวันที่ .................................................... |  |  |  |
| จำนวนเงิน ...................................................................................................... บาท | ลงชื่อ | .................................................................... | ผู้มีอำนาจลงนาม |
| (..............................................................................................................................) |  | (..................................................................) |  |
| จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เขต................... |  |  |  |
| ................................................................................................................................ |  |  |  |
| **หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน** |
| ได้นำฝากเงินเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เขต.....................................................เลขที่บัญชี..................................................................................  |
| จำนวน ......................................................................................................... บาท (..............................................................................................................) เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ................................................... |
|  | ลงชื่อ | .................................................................... ผู้จ่ายเงินกองทุน |  |
|  |  | (..................................................................) |  |
|  | ตำแหน่ง | .................................................................... |  |
|  | วันที่ | .................................................................... |  |