(แบบ ๓/๗)

**ใบสำคัญรับเงิน**

วันที่ ............. เดือน ........................... พ.ศ. ....................

๑. ข้าพเจ้า .............................................................................................................................. ที่อยู่/ที่ตั้ง ..............................................................................................................................................................

๒. ข้าพเจ้า ................................................................................................................................ ที่อยู่/ที่ตั้ง .............................................................................................................................................................

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |
| ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม  ...................................................................................................................... รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม........................................................  เป็นเงิน |  |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น |  |

จำนวนเงิน (....................................................................................)

(ตัวอักษร)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | ผู้รับเงิน |
|  | (.............................................................) |  |
|  |  |  |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | ผู้รับเงิน |
|  | (.............................................................) |  |
|  |  |  |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | ผู้จ่ายเงินกองทุน |
|  | (.............................................................) |  |
| ตำแหน่ง | ................................................................ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | (ลงชื่อ) | ................................................................ |
|  | (.............................................................) |  | (.............................................................) |
|  | พยาน |  | พยาน |