

งบรายละเอียดเอกสารประกอบการขอเบิก

ฝ่าย..... สำนักงานเขต

กอง/สำนักงาน..... สำนัก.....

ใบขอเบิก..... ที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

หมวด..... (รายการ) ค่า.....

จำนวนเงิน.....บาท.....สตางค์ (.....)

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน		รวมเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	บาท	สต.	
รวม (ฉบับ)						
รวมเป็นเงิน						

จำนวนเงินขอเบิก.....บาท (.....ตัวอักษร.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

คำอธิบาย

- ลำดับที่ : ให้ระบุลำดับที่ของเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบเอกสารประกอบการขอเบิกให้ครบถ้วนทั้ง ๕ ข้อ (ข้อ ๘๒ (๑)-(๕) แห่งระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยกรรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การนำส่งเงิน และการตรวจเงิน พ.ศ. ๒๕๕๕) โดยใส่ลำดับเอกสารที่ต่อเนื่องกัน
- รวม (ฉบับ) : ให้ระบุจำนวนเอกสารรวมทั้งสิ้นในชุดเอกสารที่ประกอบการขอเบิก

แบบการเบิกจ่ายเงินเดือนข้าราชการ

ประจำเดือน..... พ.ศ.....

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....
 กอง/สำนักงาน.....สำนัก.....
 หน้าที่..... /มีจำนวน.....แผ่น
 แผ่นที่.....

ที่	ตำแหน่ง	ระดับ	เลขที่	ชื่อ - สกุล	อัตรา เงินเดือน	จำนวนเงิน ขอเบิก	เงินเพิ่มการคงชีพ ข้าหลวงตามระเบียบ กระทรวงการคลัง	เงินช่วงเหลือ ค่าครองชีพ คนช้อบัญญัติ กพม.	รวม เงินได้	ภาษี เงินได้	จ่ายจริง	ลงชื่อ	หมายเหตุ
รวมเป็นเงิน													

ได้จ่ายตามรายการนี้จริง

จำนวนเงินขอเบิกบาท (.....คำอักษร.....)
 ลงชื่อผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 จำนวนเงินขอเบิกบาท (.....คำอักษร.....)
 ลงชื่อพยาน
 (.....)
 จำนวนเงินขอเบิกบาท (.....คำอักษร.....)
 ลงชื่อพยาน
 (.....)

แบบการเบิกจ่ายเงินค่าจ้างประจำ
ประจำเดือนพ.ศ.....

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....
 กอง/สำนักงาน.....สำนัก.....
 ฎีกาที่...../.....มีจำนวน.....แผ่น

แผ่นที่.....

ที่	ตำแหน่ง	เลขที่	ชื่อ - สกุล	อัตรา ค่าจ้าง	จำนวนเงิน ขอเบิก	เงินเพิ่มการครอง ชีพชั่วคราว ตาม ระเบียบ กระทรวงการคลัง	เงินช่วยเหลือค่า ครองชีพตาม ข้อบัญญัติกทม.	รวม เงินได้	ภาษี เงินได้	จ่ายจริง	ลงชื่อ	หมายเหตุ
รวมเป็นเงิน												

ได้จ่ายเงินตามรายการนี้จริง

จำนวนเงินขอเบิกบาท (.....ตัวอักษร.....)

ลงชื่อผู้จ่ายเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

แบบแจ้งการตกเบิกเงินเดือนข้าราชการที่เบิกย้อนหลัง ประจำปี พ.ศ.

ของข้าราชการกรุงเทพมหานคร

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....

กอง/สำนักงาน.....สำนัก.....

ฎีกาที่..... / มีจำนวน.....แผ่น

แผ่นที่.....

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ระดับ	เลขประจำ ตำแหน่ง	อัตราเดิม	อัตราใหม่	เดือนและ	เบิกตั้งแต่ - ถึง	รวมเงิน เบิกเพิ่ม	ภาษี เงินได้	จ่ายจริง	ลงชื่อ	หมายเหตุ
รวมเงิน													

ได้จ่ายเงินตามรายการนี้จริง

จำนวนเงินขอเบิก.....บาท (.....ตัวอักษร.....) ลงชื่อผู้จ่ายเงิน

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

บัญชีจ่ายเงินค่าจ้างรายวัน

ประจำเดือน..... พ.ศ.

ฝ่าย..... ตำแหน่ง.....

กอง..... สำนัก.....

วันที่..... จำนวน.....

แผนที่.....

ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	วันที่																															รวมเงิน	จ่ายจริง		ลงชื่อ
			๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑		บาท	สต.	
			รวมเป็นเงิน																																		

จำนวนเงิน บาท (.....ตัวอักษร.....)

ขอรับรองว่าได้มีการปฏิบัติตามรายการข้างต้นจริง

ได้จ่ายเงินตามรายการนี้จริง

ลงชื่อ.....ผู้ควบคุมและตรวจผลงาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบใบสำคัญจ่ายเงินสมทบเงินประกันสังคม ส่วนของลูกจ้าง

ประจำเดือน..... พ.ศ.

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....

กอง/สำนักงาน.....สำนัก.....

ภูมิภาค...../.....มีจำนวน.....แผ่น

แผ่นที่.....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตราค่าจ้าง	จำนวนเงิน (เงิน ปกส. ทักไว้)	ค่าจ้าง จ่ายจริง	เงิน ปกส. นำส่ง	เงิน ปกส. เหลือจ่าย คืนผู้ประกันตน	ลงชื่อผู้รับเงิน	หมายเหตุ
รวมเป็นเงิน									

ได้จ่ายเงินตามรายการนี้จริง

จำนวนเงิน.....บาท (.....ตัวอักษร.....)

ลงชื่อผู้จ่ายเงิน

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

ใบสำคัญรับเงินค่าตอบแทนวิทยากร

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ได้รับเงินค่าวิทยากรตามรายการท้ายนี้ เรียบร้อยแล้ว

วัน/เดือน/ปี	เวลา	หัวข้อบรรยาย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
รวมเป็นเงิน				

จำนวนเงิน.....บาท (.....ตัวอักษร.....)

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อดังกล่าวข้างต้นได้บรรยายจริง

ลงชื่อ.....ผู้เบิก
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ใบรับรองการจ่ายเงิน

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....
 กอง/สำนักงาน.....สำนัก.....

ลำดับที่	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน		รวมเงิน	
รวมเป็นเงิน					

จำนวนเงิน.....บาท (.....-ตัวอักษร.....)

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายจ่ายที่กล่าวไว้ข้างบนนี้
- ได้รับใบเสร็จรับเงินอันมีรายการไม่ครบถ้วน (ตามที่แนบ)
 - ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้
 - ใบเสร็จรับเงินสูญหายและไม่อาจขอสำเนาใบเสร็จรับเงินใบจริงได้
- หากพบในภายหลังจะไม่นำมาเบิกอีก

และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....
 (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

อนุมัติ

ลงชื่อ หัวหน้าหน่วยงาน
 (.....)

บันทึกการส่งและรับมอบเงิน

ฝ่าย.....สำนักงานเขต.....

กอง/สำนักงาน.....สำนัก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าผู้มีชื่อข้างท้ายนี้ได้ส่งมอบเงินค่า.....

.....จำนวนเงิน.....บาท.....สตางค์

(.....) ซึ่งได้รับมาตาม

เงินสด

ใบถอนเงินฝากธนาคาร.....

เช็คธนาคาร.....เลขที่.....

โดยได้ส่งมอบให้กับ

๑.ตำแหน่ง.....

๒.ตำแหน่ง.....

๓.ตำแหน่ง.....

และทั้งสองฝ่ายได้ทำการตรวจนับในวันนี้เป็นารถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ส่งมอบ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ส่งมอบ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ส่งมอบ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบ
(.....)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....	
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ	
<input type="checkbox"/>	ตนเอง
<input type="checkbox"/>	คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
<input type="checkbox"/>	บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
<input type="checkbox"/>	มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
<input type="checkbox"/>	บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....	
<input type="checkbox"/>	ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
<input type="checkbox"/>	เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/>
ป่วยเป็นโรค.....	
และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....	
ซึ่งเป็นสถานพยาบาล <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....	
.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท	
(.....)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามที่พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	
<input type="checkbox"/>	ตามสิทธิ
<input type="checkbox"/>	เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
<input type="checkbox"/>	เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/>
เป็นเงิน.....บาท(.....)	
(1) ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
(2).....ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
4.เสนอ.....

ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และขอความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติเบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. โบนัสเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข ให้มีคำสั่งชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ก ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... สังกัด.....
2. คู่สมรสของข้าพเจ้า ชื่อ..... <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง..... สังกัด..... <input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ / หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง..... สังกัด.....
3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก <input type="checkbox"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย <input type="checkbox"/> เป็นมารดา
4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ (1) เงินบำรุงการศึกษา (2) เงินค่าเล่าเรียน 1) บุตรชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา..... อำเภอ..... จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน..... บาท 2) บุตรชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา..... อำเภอ..... จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน..... บาท 3) บุตรชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)..... (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ..... สถานศึกษา..... อำเภอ..... จังหวัด..... ชั้นที่ศึกษา..... (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> จำนวน..... บาท

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท
(.....) ก

6. เสนอผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร..... ข

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร และข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง

บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว

คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามกฎหมาย ตามจำนวนที่ขอเบิก
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้
(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

8. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน.....บาท
(.....) ใช้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)
(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก ให้ระบุมารมีสิทธิเพียงใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ข ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ที่ปิดใบเสร็จรับเงิน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- ก. เป็นบุตรที่ได้รับการช่วยเหลือตามระเบียบนี้
- ข. ได้จ่ายเงินค่าเล่าเรียน ค่าบำรุงการศึกษา ไปตามนี้จริง
- ค. โรงเรียนนี้ ตั้งอยู่ที่ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
- ง. ขอรับการช่วยเหลือเป็นเงิน.....บาท
- จ. ข้าพเจ้ามีรายได้เดือนละ.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

