



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปูล

เลขรับที่..... ๓๓๗

วันที่..... ๖ / ๑๗ / ๖๕

เวลา..... ๑๑.๑๖ น.

ที่ ๐๖๓๓.๑ / ๑๕ / ๐๙

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง

อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๑๕๐

๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขอตระวจสอบเงินรายได้และขอเบิกเงินสนับสนุนโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดโรคด้วย ๓๐๒ส
เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปูล
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณสรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปูล เป็นเงิน ๑๕,๑๑๐ บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันหนึ่งร้อยสิบบาทถ้วน) เพื่อนำมาเป็นการจัดกิจกรรมตามโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดโรคด้วย ๓๐๒ส เพื่อให้ประชาชนตำบลห้วยซ้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคด้วย ๓๐. ๒ส. อย่างถูกต้องและเหมาะสมโดยกำหนดจัดกิจกรรมระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง ซึ่งได้รับการอนุมัติงบประมาณตามโครงการฯดังกล่าว ในคราวประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปูล ครั้งที่๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่๒๗ มกราคม ๒๕๖๘ นั้น

บัดนี้ทางรพ.สต.ห้วยซ้อง มีความประสงค์ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อนำมาเป็นการใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมตามโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดโรคด้วย ๓๐๒ส จึงขอตระวจสอบเงินรายได้และขอเบิกเงินสนับสนุนตามโครงการฯดังกล่าวเป็นจำนวนเงิน ๑๕,๑๑๐ บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันหนึ่งร้อยสิบบาทถ้วน) พร้อมนี้ขอแจ้งชื่อบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาบ้านลาดชื่อเงินกองทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพต.ห้วยซ้อง(ตามสำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารที่แนบมานี้)และขอแจ้งรายชื่อคณะกรรมการรับเงินจำนวน ๓ ท่านดังนี้

- ๑.นางวรรณาร รุ่งเจริญ
- ๒.นางสุภาภรณ์ จงงาม
- ๓.นางหัตถยา เนียมเกิด

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ.

ขอแสดงความนับถือ

(นางวรรณาร รุ่งเจริญ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง



ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1. นำสมุดเงินฝากและบัตรประจำตัวประชาชนมาลงนามลงชื่อที่วงเล็บสีแดง
2. ธนาคารจะบันทึกยอดเงินไว้ในใบบันทึกรายวันและมีการตรวจสอบบัญชี
3. ยอดเงินที่ปรากฏในสมุดเงินฝากจะถือว่าถูกต้องเมื่อได้รับตรวจสอบยอดตรงกับบัญชีเงินฝากธนาคารแล้ว กรณียอดเงินคงเหลือเป็นศูนย์ธนาคารจะปิดบัญชีทันที
4. การเปิดเงินเชื่อ ชื่อสกุล หรือ ผู้ฝากต้องแจ้งให้ธนาคารทราบ กรณีสมุดเงินฝากหาย ผู้ฝากต้องแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ และแจ้งให้ธนาคารทราบโดยเร็ว
5. ในกรณีที่บัญชีมีวงเงินคงเหลือ และขอคืนเงินในบัญชีที่ต่ำกว่าที่กำหนด ธนาคารจะปิดบัญชี และขอคืนค่าธรรมเนียมรักษาบัญชีตามหลักเกณฑ์ที่ธนาคารกำหนด

1 4 2 1 9 3 2 3 4 7 6 0

41-009

รหัสสาขา 0487 บัญชีเลขที่ 013042189745
 Branch Code Account No.
 ชื่อสาขา สาขาบ้านลาด รหัสโครงการ
 Branch Name Project Code

ชื่อบัญชี
Account Name

เงินกองทุนหมุนเวียนบัตรประกัน สุขภาพ ต.ท้ายช่อง

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดฝาก)

184454900



ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES
SUKHUMVONG

เลขที่ 000184454900

ผู้รับฝากเงิน
Authorized Signature

สำเนาถูกต้อง

Signature