



กองดูแลสุขภาพป้องกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลใหม่พัฒนา

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลใหม่พัฒนา
๒๐๙ หมู่ ๙ ตำบลใหม่พัฒนา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
โทรศัพท์ ๐๕๔ - ๒๓๔๕๖๔ โทรสาร ๐๕๔ - ๘๓๐๕๘๙

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๕๙

เรื่อง ขอเบิกเงินโครงการ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลใหม่พัฒนา (ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ใหม่พัฒนา)

อ้างถึง หนังสือกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ใหม่พัฒนา ที่ /๒๕๕๙ ลงวันที่.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. บันทึกข้อตกลง	จำนวน	๒	ชุด
	๒. ใบเสร็จรับเงิน / ใบสำคัญรับเงิน	จำนวน	๑	ชุด
	๓. สำเนาบัตรประจำตัวผู้รับผิดชอบโครงการ	จำนวน	๑	ชุด
	๔. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผิดชอบโครงการ	จำนวน	๑	ชุด
	๕. สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร (ชกส.)	จำนวน	๑	ชุด

ตามที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลใหม่พัฒนา เพื่อดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ ในชุมชนตามโครงการประจำปีงบประมาณ จำนวนบาท (.....) นั้น

บัดนี้พร้อมจะดำเนินงานตามโครงการแล้ว โดยจะดำเนินการ ในวันที่ จึงขอเบิกเงิน จำนวน.....บาท (.....) เพื่อนำไปดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของโครงการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

โทรศัพท์.....