สัญญายืมเงินเลขที่ วันที่ ชื่อผู้ยืม จำนวนเงิน บาท

ส่วนที่ ๑

แบบ ๘๗๐๘

# ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ที่ทำการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

 ตามบันทึก ที่ ................................................ ลงวันที่.................................ได้อนุมัติให้.....................................
..............................................................ตำแหน่ง....................................................และคณะ เดินทางไปปฏิบัติราชการ เพื่ออบรม/ประชุม.........................................................................…..………………………………………………........................ นั้น

โดยออกเดินทางจาก [ ] บ้านพัก [✓] สำนักงาน [ ] ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่….เดือน..............พ.ศ.......…เวลา…….น. และ กลับถึง [ ] บ้านพัก [✓] สำนักงาน [ ] ประเทศไทย วันที่……...เดือน..........….พ.ศ. ……..…เวลา…………น.

รวมเวลาไปราชการครั้งนี้……………….วัน……………….ชั่วโมง

 ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับข้าพเจ้าและคณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท ก จำนวน วัน รวม บาท

ค่าเช่าที่พักประเภท จำนวน วัน รวม บาท

ค่าพาหนะ *(ค่าชดเชยน้ำมันเชื้อเพลิง)* รวม บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ รวม บาท

 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) ( )

 ข้าพเจ้า ขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย จำนวน ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

 ลงชื่อ ผู้ขอรับเงิน

 (……………………………………………………)

 ตำแหน่ง ……………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้วเห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ลงชื่อ . ( )ตำแหน่ง .วันที่ . | อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ลงชื่อ . ( )ตำแหน่ง .วันที่ . |

 ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน บาท ( ) ไว้เป็นหลักฐานถูกต้อง

ลงชื่อ ผู้รับเงิน ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

 (………………………………………..) ( )

ตำแหน่ง ………………………………………… ตำแหน่ง

วันที่ วันที่ .

จากเงินยืมตามสัญญาเลขที่ วันที่ .

**หมายเหตุ**

*ว/ด/ป จำนวนเงิน ที่ขอเบิกค่าเบี้ยเลี้ยง/ค่าที่พัก*……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

……………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

คำชี้แจง ๑. กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้น

 และสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกันให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกัน
 ของบุคคลนั้นในช่องหมายเหตุ

 ๒. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงิน และวันเดือนปีที่รับเงิน

 กรณีที่มีการยืมเงิน ให้ระบุวันที่ที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญายืม และวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย

 ๓. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมิต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ให้ผู้มี

 สิทธิ แต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ ๒)

### หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ส่วนที่ ๒

แบบ ๘๗๐๘

ชื่อส่วนราชการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙

ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ | ตำแหน่ง | ค่าใช้จ่าย | รวม | ลายมือชื่อผู้รับเงิน  | วัน เดือน ปีที่รับเงิน | หมายเหตุ |
| ค่าเบี้ยเลี้ยง | ค่าเช่าที่พัก | ค่าพาหนะ | ค่าใช้จ่ายอื่น |
| ๑ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *ว/ด/ป จำนวนเงิน* *ที่ขอเบิกค่าเบี้ยเลี้ยง/ที่พัก* |
| ๒ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม**  |  |  |  |  |  | ตามสัญญายืมเลขที่…………..….วันที่……………………………………. |

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น ( ) ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

 ( )

 ตำแหน่ง

 วันที่

คำชี้แจง ๑. ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พักให้ระบุอัตราวันละและจำนวนวันที่ขอเบิกของแต่ละบุคคลในช่องหมายเหตุ

๒. ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่ได้รับเงิน กรณีเป็นการรับจากเงินยืม ให้ระบุวันที่ที่ได้รับจากเงินยืม

 ๓. ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ที่ยืมเงินจากทางราชการและจ่ายเงินยืมนั้นให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อจ่ายเงิน

แบบ บก.4231

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

ส่วนราชการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียด** | **จำนวนเงิน** | **หมายเหตุ** |
|  | 1. ค่ารถรับจ้าง จาก…*บ้านพัก*…………………………ต. …………………..…. อ. ……….….……….จ. …………………ถึง สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 ไป-กลับ เที่ยวละ..................บาท (.......บาท x 2 เที่ยว) เป็นเงิน.....................บาท  |  |  | พร้อมสัมภาระ |
|  | 2. ค่าชดเชยน้ำมันเชื้อเพลิง จาก..*บ้านพัก/สำนักงาน*..................ต. …………………..…. อ. ……….….……….จ. …………………ถึง ……………………………….…….. ไป-กลับเที่ยวละ ……………..บาท (......กม. x ๔ บาท x ๒ เที่ยว)เป็นเงิน.....................บาท |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **รวมเงิน** |  |  |  |

 รวมทั้งสิ้น (...................................................................)

ข้าพเจ้า ............................................................................... ตำแหน่ง ................................................ สังกัด สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้า
ได้จ่ายไปในงานราชการโดยแท้

 ลงชื่อ ผู้ขอเบิก

 (....................................................) ตำแหน่ง................................................

 วันที่ ............................................

**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** กลุ่มงานอำนวยการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ โทร. ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘

**ที่** สธ ๐๒๓๔/ **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

 ตามหนังสือที่............................................... ลงวันที่ ....................................... ได้อนุมัติให้ ........................................................... ตำแหน่ง ........................... และคณะ......................... ได้เดินทางไปปฏิบัติราชการ เพื่อ.............................................................................................................วันที่ ............................... ณ ............................................................................ นั้น

ข้าพเจ้า ................................................................... ตำแหน่ง ....................................................... ได้ดำเนินการปฏิบัติงานดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ เป็นเงินจำนวน .......................... บาท (..................................................................)โดยเบิกจากงบดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งตั้งเบิกจ่ายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัสหน่วยเบิกจ่าย 2100200115 รหัสงบประมาณ 2100233095000000 กิจกรรมหลัก Q2801 แหล่งเงิน 6511200 รหัสหน่วยรับงบประมาณ 2100200280 รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

 (……………………………………)

 ตำแหน่ง ..............................................

**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** กลุ่มงานอำนวยการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ โทร. ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘

**ที่** สธ ๐๒๓๔.01/ **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 ผู้รับมอบอำนาจ)

 ตามหนังสือที่............................................... ลงวันที่ ....................................... ได้อนุมัติให้ ........................................................... ตำแหน่ง ........................... และคณะ......................... ได้เดินทางไปปฏิบัติราชการ เพื่อ.............................................................................................................วันที่ ............................... ณ ............................................................................ นั้น

ข้าพเจ้า ................................................................... ตำแหน่ง ....................................................... ได้ดำเนินการปฏิบัติงานดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ เป็นเงินจำนวน .......................... บาท (..................................................................)โดยเบิกจากงบดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งตั้งเบิกจ่ายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัสหน่วยเบิกจ่าย 2100200115 รหัสงบประมาณ 2100233095000000 กิจกรรมหลัก Q2801 แหล่งเงิน 6511200 รหัสหน่วยรับงบประมาณ 2100200280 รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

 (……………………………………)

 ตำแหน่ง ..............................................

 **อนุมัติ**

 (นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล)

 สาธารณสุขนิเทศก์

 ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 ปฏิบัติราชการแทน

 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข