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 ……………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้วเห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ ลงชื่อ . ( )  ตำแหน่ง .  วันที่ . | อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ ลงชื่อ . ( )  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 | ลายมือชื่อ  ผู้รับเงิน | วัน เดือน ปี  ที่รับเงิน | หมายเหตุ |
| ค่า  เบี้ยเลี้ยง | ค่าเช่า  ที่พัก | ค่า  พาหนะ | ค่าใช้  จ่ายอื่น |
| 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