กองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลห้วยทราย

**แบบแสดงการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน โครงการที่ได้รับการอนุมัติจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลห้วยทราย**

| ว/ด/ป | ลำดับ | ชื่อ/สกุล | ที่อยู่ | รายละเอียดการปฏิบัติงาน | จำนวนเงินที่รับ | ว/ด/ป ที่รับเงิน | ผู้รับเงิน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

_____ ชุดเบิกจ่าย

_____ ชุดเบิกจ่าย

_____ ชุดเบิกจ่าย