**เช็คลิสต์เอกสารประกอบฎีกาเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง/ปลัดเทศบาล/นายกเทศมนตรีฯ กระดาษทำการเลขที่..……………

เลขที่ผู้เบิก................................

วันที่…………………………………….

การตรวจสอบเรื่อง....................................................................................................................................................

โครงการ/งาน...........................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่ | รายละเอียดการตรวจฎีกา/เอกสาร หลักฐานฯ | ผู้จัดทำเอกสาร/ผู้ตรวจสอบภายใน/ผู้ตรวจฎีกา | | |
| ถูกต้อง (/) | แก้ไขหรือไม่มี (X) | หมายเหตุ |
| 01 | ฎีกาขอเบิกเงิน |  |  |  |
| ๐2 | ลายมือชื่อของผู้เบิกเงิน ผู้อนุมัติ ครบถ้วนและถูกต้อง |  |  |  |
| ๐3 | ข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติงบประมาณรายจ่าย |  |  |  |
| 04 | บันทึกขออนุมัติเบิกจ่าย |  |  |  |
| 05 | รายชื่อผู้ป่วยเอดส์รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ |  |  |  |
| 06 | หลักฐานการโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร |  |  |  |
| 07 | หลักฐานการจ่ายเงิน ใบเสร็จรับเงิน ใบสำคัญรับเงิน |  |  |  |
| 08 | อื่น ๆ |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| ขอรับรองว่าเอกสารประกอบฎีกาข้างต้นครบถ้วนถูกต้องแล้ว  (ลงชื่อ).......................................... ผู้เบิก (หน.สป./ผอ.กอง)  (........................................)  วันที่ ................................. | | - ได้ตรวจสอบเอกสารฎีกาครบถ้วนแล้ว  (ลงชื่อ)……………………………………… ผู้ตรวจฎีกา (กองคลัง)  (.....................................)  วันที่ ................................. | | |
| **หมายเหตุ - กรณีมีการแก้ไขเอกสารประกอบการเบิกจ่าย** | | | | |
| (ลงชื่อ).............................................. ผู้รับฎีกาไปแก้ไข (หน่วยงานผู้เบิก)  (.........................................)  วันที่ ................................. | | (ลงชื่อ)……………………..………………… ผู้ตรวจฎีกา (กองคลัง)  (...........................................)  วันที่ ................................. | | |
| ขอรับรองว่าเอกสารประกอบฎีกาข้างต้นครบถ้วนถูกต้องแล้ว  (ลงชื่อ).......................................... ผู้เบิก (หน.สป./ผอ.กอง)  (........................................)  วันที่ ................................. | | - ได้ตรวจสอบเอกสารฎีกาครบถ้วนแล้ว  (ลงชื่อ)………………………………..……… ผู้ตรวจฎีกา (กองคลัง)  (.........................................)  วันที่ ................................. | | |