



คำขอเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลผู้ป่วยนอกกรณีการจ่ายตรง

เลขที่คำขอเบิก

วันที่ :

เรียน อธิบดีกรมบัญชีกลาง

ข้าพเจ้า :

ตำแหน่ง

โรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รหัสหน่วยงาน

ขอเบิกเงินค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน

บาท

()

ของผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ตามรายการสรุปบัญชีรักษายาบาลผู้ป่วยนอก เลขที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการเบิกเงินถูกต้องตามวัตถุประสงค์ และได้ดำเนินการตามกฎหมาย

และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องทุกประการแล้ว

ลงนาม

()

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

