

หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง(Care Giver) ประจำเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2569

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	วันที่ปฏิบัติงาน/ชั่วโมง																															รวมเวลา ปฏิบัติงาน (ชั่วโมง)	จำนวน เงิน (บาท)	วัน เดือน ปีที่รับ เงิน	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	นางรวิญจนา มาตรประสงค์				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	2,100		
2	นางอินทพา มุสลิเล					4						4							4								4						16	1,200		
3	นางหน้อย ประชาโรจน์								4									4														16	1,200			
4	นางผดุงพร พันธุ์พิบูล					4						4							4														16	1,200		
5	นางอรทัย ขอบศิลป์			3	2	1	1				3	2	1	1				3	2			1				3	1						24	1,800		
6	นางสมคิด มัดหา			3									3									3											12	900		
7	นางสาวณัฐริญา ปรีผ่อง								3								3																12	900		
8	นางแพรวพราย หริพันธ์นันท์	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	44	3,300		
9	นางน้อย ภูมิโนแก้ว						4	4	4	1				4	4	4	1				4	4	4	1					4	4	4	1	52	3,900		
10	นางพิชชาพร ภูน้ำน้อย						2	2	2	1				2	2	2	1		1		2	2			1				2	2	1	1	20	1,500		
11	นางจันทา น้อยนาจารย์									2							2									2							8	600		
12	นางวรรณุช นาใจงค์	3	2						3		2						3		2								3	2					20	1,500		
13	นางภักดี นามมุงคุณ			1	1	1	1		1			1	1	1	1	1		1	1								1	1		2			16	1,200		
14	นางสมใจ ฉายผาด				3	2						3	2						3	2							3	2					20	1,500		
15	นางนิยมจิตร คำประสาร	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	32	2,400		
16	นางวาสนา ภูน้ำใส							3	3					3	3							3	3							3	3		24	1,800		
17	นางอรุณ ประเสริฐสังข์										4	3						4	3								4	3					28	2,100		

หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง(Care Giver) ประจำเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2569
ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	วันที่ปฏิบัติงาน/ชั่วโมง																															รวมเวลา ปฏิบัติงาน (ชั่วโมง)	จำนวน เงิน (บาท)	วัน เดือน ปีที่รับ เงิน	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น(ตัวอักษร)(สามหมื่นหกพันบาทถ้วน)
ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจริง

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองการปฏิบัติงาน

(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ)

ประจำเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2569

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลแม่

ชื่อ - สกุล /ตำแหน่ง	วันที่ปฏิบัติงาน/ชั่วโมง																														รวมเวลา ปฏิบัติงาน(ชั่วโมง)	จำนวนเงิน(บาท)	วันเดือนปีปฏิบัติงาน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	หมายเหตุ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
นางวิภาพร จำเริญवार													4																		4	320			
นักวิชาการสาธารณสุข																																			
นางสาวนิรารมณ อารีชาติ							2	2			5	5		2		1															17	1,360			
นักวิชาการสาธารณสุข																																			
																															21	1,680			

(สหวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ)

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น(ตัวอักษร)(หนึ่งพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจริง



(ลงชื่อ).....ผู้รับรองการปฏิบัติงาน

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นายสุวิทย์ ทบแก้ว)

(.....)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่ง.....