



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่...ต.ปากน้ำ...อำเภอเมือง...จังหวัดกระบี่...๘๑๐๐๐...
ที่ กบ ๐๑๓๒.๑/๑๖๕๓...วันที่ ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินบำรุงค่าจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่

๑. เรื่องเดิม

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กิจกรรมที่ ๕ จัดซื้อวัสดุ/อุปกรณ์/สารเคมี สำหรับควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย) ตามบันทึกข้อความที่ กบ ๐๑๓๒.๑/๘๖๖ ลงวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๔ รายการ เป็นเงิน ๘๐,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นบาทถ้วน) โดยเบิกจ่ายจากเงินบำรุงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่

๒. ข้อเท็จจริง

บัดนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ ได้รับใบส่งของซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ จากร้าน ซี เค พี เมดิคอล ซัพพลาย โดย นางสาวจิราวรรณ เจียวก๊ก เป็นเงิน ๘๐,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นบาทถ้วน) เรียบร้อยแล้ว

๓. ข้อระเบียบ

คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๔๔๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ข้อ๑(๒) มอบอำนาจในการจ่ายเงินบำรุงและการอนุมัติจ่ายเงินบริจาค ได้ครั้งหนึ่งในวงเงินไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐.- บาท (ห้าแสนบาทถ้วน)

๔. ข้อพิจารณา

เห็นควรอนุมัติเบิกจ่ายเงินจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กิจกรรมที่ ๕ จัดซื้อวัสดุ/อุปกรณ์/สารเคมี สำหรับควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย) เป็นเงิน ๘๐,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นบาทถ้วน) จากเงินบำรุงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ ให้แก่ ร้าน ซี เค พี เมดิคอล ซัพพลาย โดย นางสาวจิราวรรณ เจียวก๊ก

๕. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุมัติ

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่
-เพื่อโปรดทราบ
-ตรวจสอบแล้วถูกต้องตามระเบียบฯ
เห็นควรลงนามอนุมัติ

(นายอริชัย นบหนอง)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ศิริทิพย์

(นางสาวศศิพิมล แผ่นทอง)
เจ้าพนักงานธุรการ

<input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ	<input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ
 (นางอู่เกศ ยะลา) สาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่	

๑๖ ๕๖๕๔

กัทธก

..เค.พี.เมดิคอล ซัพพลาย

..P Medical Supply

เลขที่ 250 ม.5 ต.โคกยาง อ.เหนือคลอง จ.กระบี่ 81130

โทร. 095-423-1427

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 1810100167846

ใบเสร็จรับเงิน

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่
ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.กระบี่

เลขที่ R-005-64

วันที่ 16 มิ.ย. 2564

ลำดับที่	รายการสินค้า	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ (บาท)	จำนวนเงิน
1	ทรายอะเบท Temephos 1% W/W(S.G) ชนิดซองพลาสติกขนาด 50 กรัม ขนาดบรรจุ 25 กิโลกรัม จำนวน 500 ซอง ยี่ห้อ เทมิการ์ด	12	ถัง	3,500.00	42,000.00
2	โลชั่นทาแก้มยุง ยี่ห้อ ซอฟเพล ชนิดซอง	800	ซอง	5.00	4,000.00
3	สเปรย์กันยุงยี่ห้อ ซิลท็อกซ์ ขนาด 600 ซีซี	200	กระป๋อง	80.00	16,000.00
4	น้ำยาเคมีพ่นกำจัดยุงยี่ห้อ เคลตามเตริน 2.5 % (ขวดลิตร)	12	ขวด	1,500.00	18,000.00
จ่ายเงินแล้ว					
(นางสาวศศิพิมล แผ่นทอง) เจ้าพนักงานธุรการ					
๑๖ มิ.ย. ๒๕๖๔					
ราคารวมทั้งสิ้น					80,000.00
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%					0.00
ราคาสินค้า					80,000.00
ตัวอักษร	แปดหมื่นบาทถ้วน				





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ ๘๑๐๐๐-๐๗๕-๖๒๑๑๐๙

ที่ กบ ๐๑๓๒.๑/๑๑๕๔ วันที่ ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติจ่ายเงิน ภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่าย ๑% ค่าจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่

๑. เรื่องเดิม

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ ได้จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กิจกรรมที่ ๕ จัดซื้อวัสดุ/อุปกรณ์/สารเคมี สำหรับควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย) (ตามหนังสือที่ กบ ๐๑๓๒.๑/๑๑๕๓ ลงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ เป็นเงิน ๘๐,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นบาทถ้วน) มีภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่าย ๑% เป็นเงิน ๘๐๐.- บาท (แปดร้อยบาทถ้วน) รวมเป็นเงินภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่าย เป็นเงิน ๘๐๐.- บาท (แปดร้อยบาทถ้วน) นั้น

๒. ข้อเท็จจริง

เพื่อให้ถูกต้องและเป็นไปตามระเบียบฯ การนำส่งภาษีของกรมสรรพากร กรณีนำส่งภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ เป็นเงิน ๘๐๐.- บาท (แปดร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำส่งเป็นเงินภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่าย นั้น

๓. ข้อระเบียบ

คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๔๙๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ เรื่องมอบอำนาจในการอนุมัติจ่ายเงินบำรุง ข้อ ๑ (๒) สาธารณสุขอำเภอ ครั้งหนึ่งไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท (ห้าแสนบาทถ้วน) นั้น

๔. ความเห็น

ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน ภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่าย ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กิจกรรมที่ ๕ จัดซื้อวัสดุ/อุปกรณ์/สารเคมี สำหรับควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย) เป็นเงิน ๘๐๐.- บาท (แปดร้อยบาทถ้วน) โดยเบิกจากเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่

๕. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงิน ภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่าย ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กิจกรรมที่ ๕ จัดซื้อวัสดุ/อุปกรณ์/สารเคมี สำหรับควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย) เป็นเงิน ๘๐๐.- บาท (แปดร้อยบาทถ้วน) โดยเบิกจากเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่

-เพื่อโปรดทราบ

-ตรวจสอบแล้วถูกต้องตามระเบียบฯ

เห็นควรลงนามอนุมัติ

(นายอชิชัย นบนอบ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(นางสาวศศิพิมล แผ่นทอง)

เจ้าพนักงานธุรการ

<input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ	<input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ
(นางก้อยเดช ยะลา)	
สาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่	

๖๖๖๕๔

ว.ก.ท.ค.

ใบรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๔ ๐๐๒๕ ๔๙๐๑๓
 ที่อยู่ ๒๑๒ ถนนอุตรกิจ ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่
 ขอรับรองว่า ได้หักภาษี ณ ที่จ่าย ตามฎีกาเงินจากคลังที่ ลงวันที่

ชื่อผู้ถูกหัก ร้าน ซี.เค.พี.เมดิคอล ซัพพลาย โดย นางสาวจิราวรรณ เจียววิก
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๑ ๘๑๐๑ ๐๐๑๖๗ ๘๔ ๖
 ที่อยู่ ๒๕๐ หมู่ที่ ๕ ตำบลโคกยาง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ๘๑๑๓๐

ภาษีเงินได้นิติบุคคล	ประเภทเงินได้ที่จ่าย	ว.ต.ป. ที่จ่าย	จำนวนเงินได้		ภาษี	
บุคคล						
ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา	ชื่อวิทยาลัยการแพทย์ (โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กิจกรรมที่ ๕ จัดซื้อวัสดุ/อุปกรณ์/สารเคมี สำหรับควบคุมโรคติดต่อที่นำโดย ยุงลาย)	๑ ๖ มิ.ย. ๒๕๖๕	๘๐,๐๐๐	๐๐	๘๐๐	๐๐
ค่าปรับ						
	รวม		๘๐,๐๐๐	๐๐	๘๐๐	๐๐

รวมเงินภาษี (ตัวอักษร) (แปดร้อยบาทถ้วน)

ศศิทิมล
 (นางสาวศศิทิมล แผ่นทอง)
 เจ้าพนักงานธุรการ

กรมสรรพากร

เมืองกระบี่, กระบี่

ผู้รับเงิน:
สรรพากรอำเภอ/ผู้รับมอบอำนาจ:
รับเสร็จรับเงิน ภ.ศ. 1 ง
เลขที่รับเสร็จ: 009730 วันที่: 16/06/2564
รหัสสำนักงาน: 11810010 เครื่องที่: 01
ผู้รับภาษีอากร: สำนักงาน

ตำราขนส่งอำเภอเมืองกระบี่
เลขประจำตัว: 0994002549013
แบบที่อื่น: ก.ง.ค.3 เลขระบุเอกสาร:
11810010-25640616-1-01-000027
เดือน/ปีภาษี: 06/2564
จำนวนเงิน: บาท

*800.00
(แปดร้อยบาทถ้วน)

รหัสพาดสาร: 0340150 เลขที่บัญชี: 0820374623
หมายเลขเช็ค: 33813519 วันที่ส่งจ่าย: 16/06/2564
จำนวนเงินบนเช็ค: *824.90*
รหัสตรวจสอบ: 57999399
***** ด้มีการรับเงินไว้เป็นการถูกต้องแล้ว *****

จ่ายเงินแล้ว

ศศิพิมล

(นางสาวศศิพิมล แผ่นทอง)
เจ้าพนักงานธุรการ
๑๖ มิ.ย. ๒๕๖๔

สำเนาฉบับ

แบบยื่นรายการภาษีเงินได้หัก ณ ที่จ่าย
ตามมาตรา 59 แห่งประมวลรัษฎากร

สำหรับการหักภาษี ณ ที่จ่ายตามมาตรา 3 เศษ และมาตรา 50 (3) (4) (5)
กรณีการจ่ายเงินได้พึงประเมินตามมาตรา 40 (5) (6) (7) (8) และเลือกหักตามมาตรา 48 ทวิ แห่งประมวลรัษฎากร

ภ.ง.ด.3

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร
(ของผู้มีหน้าที่หักภาษี ณ ที่จ่าย)

0 9 9 4 0 0 2 5 4 9 0 1 3

เดือนที่จ่ายเงินได้พึงประเมิน

(ให้ทำเครื่องหมาย "✓" ลงใน "□" หน้าชื่อเดือน) พ.ศ. 2564

ชื่อผู้มีหน้าที่หักภาษี ณ ที่จ่าย (หน่วยงาน):

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองราชบุรี

สาขาที่

ที่อยู่: อาคาร..... ห้องเลขที่..... ชั้นที่..... หมู่บ้าน.....

เลขที่ 212 หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... แยก.....

ถนน ๑๙ กรกฎาคม ตำบล/แขวง ปากน้ำ

อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด ราชบุรี

รหัสไปรษณีย์ 81000 075-621109

- (1) มกราคม (4) เมษายน (7) กรกฎาคม (10) ตุลาคม
- (2) กุมภาพันธ์ (5) พฤษภาคม (8) สิงหาคม (11) พฤศจิกายน
- (3) มีนาคม (6) มิถุนายน (9) กันยายน (12) ธันวาคม

- (1) ยื่นปกติ
- (2) ยื่นเพิ่มเติมครั้งที่.....

- นำส่งภาษีตาม (1) มาตรา 3 เศษ (2) มาตรา 48 ทวิ (3) มาตรา 50 (3) (4) (5)

ใบแนบ ภ.ง.ด.3 ที่แนบมาพร้อมนี้ : จำนวน 1 ราย
จำนวน 1 แผ่น

หรือ

สื่อบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ ที่แนบมาพร้อมนี้ : จำนวน..... ราย
จำนวน..... แผ่น

มีรายละเอียดการหักเป็นรายผู้มีเงินได้ ปรากฏตาม
(ให้แนบรายละเอียดในใบแนบ ภ.ง.ด.3 หรือในสื่อ
บันทึกในระบบคอมพิวเตอร์อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น)

(ตามหนังสือแสดงความประสงค์ฯ ทะเบียนรับเลขที่.....
หรือตามหนังสือข้อตกลงการใช้งานฯ เลขอ้างอิงการลงทะเบียน.....)

สรุปรายการภาษีที่นำส่ง

1. รวมยอดเงินได้ทั้งสิ้น
2. รวมยอดภาษีที่นำส่งทั้งสิ้น
3. เงินเพิ่ม (ถ้ามี)
4. รวมยอดภาษีที่นำส่งทั้งสิ้น และเงินเพิ่ม (2. + 3.)

จำนวนเงิน

80,000	-
800	-
-	-
800	-

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายการที่แจ้งไว้ข้างต้นนี้ เป็นรายการที่ถูกต้องและครบถ้วนทุกประการ

ลงชื่อ..... ศศิณิศา..... ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวกตติพิมล แผ่นทอง)

ตำแหน่ง..... เจ้าพนักงานธุรการ.....

ยื่นวันที่ 16 เดือน..... สิงหาคม..... พ.ศ. 64.....

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

(ก่อนกรอกรายการ ดูคำชี้แจงด้านหลัง)

ใบแนบ ภ.ง.ด.3

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร (ของผู้มีเงินได้) (ของผู้มีเงินได้ที่ภรรยา) (ผู้ช่วย)

0 9 9 4 0 0 2 5 4 9 0 1 3

ลำดับที่	เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร (ของผู้มีเงินได้)		สาขาที่		รายละเอียดเกี่ยวกับการจ่ายเงิน			รวมเงินภาษีที่ติดต่อกับกรมสรรพากร
	ชื่อผู้มีเงินได้ (ให้ระบุให้ชัดเจนว่าเป็น นาย บาง นางสาว หรือคุณ)		ที่อยู่ของผู้มีเงินได้ (ให้ระบุเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด)		ปี ที่จ่าย	ประเภทเงินได้	จำนวนเงินที่จ่ายแต่ละประเภท เฉพาะภรรยาหนึ่งๆ ในครั้งมี	
1	1	8 1 0 1 0 0 1 6 1 8 4 6	ชื่อสกุล	ชื่อสกุล	๑๖ มิ.ย. ๒๕๖๕	๑. ประโยชน์ที่ได้รับ (ได้มาจากทรัพย์สินประเภทใดหรือสิ่งของใด)	80,000 -	800 -
		ชื่อ.....	ชื่อสกุล.....	ชื่อสกุล.....				
		ที่อยู่.....	ชื่อสกุล.....	ชื่อสกุล.....				
		ชื่อ.....	ชื่อสกุล.....	ชื่อสกุล.....				
		ที่อยู่.....	ชื่อสกุล.....	ชื่อสกุล.....				
		ชื่อ.....	ชื่อสกุล.....	ชื่อสกุล.....				
		ที่อยู่.....	ชื่อสกุล.....	ชื่อสกุล.....				
		ชื่อ.....	ชื่อสกุล.....	ชื่อสกุล.....				
		ที่อยู่.....	ชื่อสกุล.....	ชื่อสกุล.....				
รวมยอดเงินได้และภาษีที่นำส่ง (นำไปรวมกับใบแนบ ภ.ง.ด.3 แนนอื่น (ถ้ามี))							80,000 -	800 -

(ให้กรอกลำดับที่ต่อเนื่องกันไปทุกแผ่นตามเงินได้แต่ละประเภท)

หมายเหตุ

- ให้ระบุว่าจ่ายเป็นค่าอะไร เช่น ค่าเช่าอาคาร ค่าสอบบัญชี ค่าวิชาชีพของแพทย์ ค่าก่อสร้าง วัสดุ ส่วนลดหรือประโยชน์ใดๆ เนื่องจากกาส่งเสริมการขาย รางวัลในการประกวด การแข่งขัน การชิงโชค ค่าจ้างแสดงภาพยนตร์ ค่าจ้างทำของ ค่าจ้างโฆษณา ค่าขนส่งสินค้า ฯลฯ
- เงื่อนไขการหักภาษีให้กรอกดังนี้
 - หัก ณ ที่จ่าย กรอก 1
 - ออกให้ตลอดไป กรอก 2
 - ออกให้ครั้งเดียว กรอก 3

ชื่อ..... **ศิริทิพย์** ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวศิริทิพย์ แก่นทอง)
 ตำแหน่ง..... **เจ้าพนักงานธุรการ**
 วันที่..... 1๖ เดือน ๖ พ.ศ. ๒๕๖๕

