**ใบสำคัญรับเงิน**

ที่…………………………………………………………

 (ส่วนราชการเป็นผู้ให้)

วันที่......................เดือน...............................พ.ศ............

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).........................................................เลขประจำตัวประชาชน.....................................อยู่บ้านเลขที่........................................................หมู่ที่................................ถนน.....................................................ตำบล/แขวง..............................................อำเภอ/เขต.......................................จังหวัด............................................ ได้รับเงินจาก………..โครงการกองทุนโลก ด้านวัณโรค ...................... ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |
|  ค่าสนับสนุนผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR-TB , XDR-TB ที่เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา  1.ค่าอาหารเสริม เดือนละ 500 บาท (2 เดือน) 2.ค่าชดเชยกรณีที่ต้องการหยุดงานจากอาการข้างเคียงจากยา MDR/RR-TB , XDR-TB No...........................................................  | 1,0003,000 | 0000 |
|  | 4,000 | 00 |

**จำนวนเงิน (ตัวอักษร)** .................สี่พันบาทถ้วน..............................................................

ลงชื่อ X……………………………........……………….…….ผู้รับเงิน

(.........................................................................)

ลงชื่อ X……………………………........…………….…….ผู้จ่ายเงิน

 (...........................................................................)

ลงชื่อ X………..………………………........…………….…….พยาน

 (............................................................................)