**ខេត្ត:**

ឧបសម្ព័ន្ធ ១០

**ស្រុកប្រតិបិត្ត:**

**មន្ទីរពេទ្យបង្អែក:**

**សំណើសុំបុរេប្រទាន**

**(សំរាប់ការចំណាយកញ្ចប់មិនមែនវេជ្ជសាស្រ្ត និងការទូទាត់បុរេប្រទាន)**

1. **សំណើសុំការចំណាយលើកញ្ចប់មិនមែនវេជ្ជសាស្រ្តសំរាប់អ្នកទទួលផលមូលនិធិសមធម៌**

|  |  |
| --- | --- |
| កំឡុងពេលចំណាយ: ពី: ……/……/……….ដល់: ……/……/……… | ថ្ងៃរំពឹងទុកនៃការទូទាត់បុរេប្រទាន:……………… |
| ប្រមាណចំនួនសាច់ប្រាក់ក្នុងកំឡុងពេល:…………………………………. |  |
| **ដក:** សាច់ប្រាក់ដែលនៅសល់ចុងគ្រា, ប្រសិនបើមាន:…………………. |  |
| ចំនួនសាច់ប្រាក់ស្នើសុំក្នុងកំឡុងពេល:……………………… |  |

ខ្ញុំ, …….………………., ជាអ្នកដែលធ្វើការស្នើសុំ, សូមបញ្ចាក់ថា ខ្ញុំគឹជាអ្នកដែលទទួលខុសត្រូវ​ទៅលើ​សាច់​ប្រាក់បុរេប្រទានដែលខ្ញុំបានទទួល និងប្រើបា្រស់ថវិកាទាំងនេះសំរាប់តែចំពោះ​កញ្ចប់​មិន​មែន​វេជ្ជសាស្រ្តក្នុងកំឡុងពេលដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **អនុម័តដោយ:** | **ត្រួតពិនិត្យដោយ:** | **ស្នើសុំដោយ:** | **ទទួលដោយ:** |
| ឈ្មោះ |  |  |  |  |
| ហត្ថលេខា |  |  |  |  |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំ |  |  |  |  |

1. **ការទូទាត់បុរេប្រទាន**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **សាច់ប្រាក់រៀល** |
| ចំនួនបុរេប្រទាន (ចំនួនខាងលើ) | xxxxx |
| ចំណាយ ពីថ្ងៃទី \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ដល់\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* |  xxxxx |
| ចំនួនដែលនៅសល់ (1) យោងទៅគ្រាបន្ទាប់ រឺ (2) បង្វិលសង \* | xxxxx |

**\*: ចំណាយក្នុងកំឡុងពេល និងចំនួននៅសស់ត្រូវតែដូចគ្នាជាមួយប្រពន្ធ័ PMRS.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **អនុម័តដោយ:** | **ត្រួតពិនិត្យដោយ:** | **ស្នើសុំដោយ** | **ទទួលដោយ**\*\***:** |
| ឈ្មោះ |  |  |  |  |
| ហត្ថលេខា |  |  |  |  |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំ |  |  |  |  |

***\*\*:*** *នេះគឺជាការអនុវត្តនៅពេលដែលចំនួនទឹកប្រាក់ត្រូវបានបង្វិលសង។ ហត្ថលេខារបស់អ្នកទទួលគឺជាការទទួល​ស្គាល់​នូវចំនួនដែលបានទទួលសាច់ប្រាក់ជាក់ស្តែង។*