ใบสำคัญรับเงินอุดหนุนเป็นค่าอาหารเสริม(นม) โรงเรียนเอกชน (เพิ่มเติม)
งวดที่.....ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....

โรงเรียน.....
อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า.....ผู้ลงนามแทน/ผู้รับใบอนุญาต
โรงเรียน.....อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ขอรับเงินอุดหนุนเป็นค่าอาหารเสริม(นม) เพิ่มเติม จำนวนเงิน.....บาท
(.....) โดยให้โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย
จำกัด(มหาชน) ชื่อบัญชี “เงินอุดหนุนโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน.....”
เลขที่บัญชี.....สาขา.....

ระดับการศึกษา	จำนวนนักเรียน	จำนวนเงิน(บาท)
ก่อนประถมศึกษา		
ประถมศึกษา		
รวม		

จำนวนเงิน(ตัวอักษร).....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน ลงชื่อ.....ผู้รับใบอนุญาต
(.....) (.....)