.....

G.A. - 19

मासिक व्यय विवरण

मद मोहर

नाम विद्यालय –..... (कोषागार कोड संख्या .....) माह – ..... वर्ष –.....

नाम एवं पद/आहरण एवं वितरण अधिकारी– श्री..... स्कीम का नाम

क्र॰ स॰	बिल नम्बर/दिनांक	TV NO	बैक से भुगतान प्राप्त करने का दिनांक	संवेतन 0001	यात्रा व्यय 0003	चिकित्सा व्यय 0004	कार्यालय व्यय 0005	किराया कर व रेंट	मशीनरीज साज सामान 0028	सामग्री प्रभार	अन्य प्रभार वर्दी.. 0037	खेलकूद	प्रयोगशाला	पुस्तकालय 0031	मजदूरी	योग	कटौती राशि	शुद्ध रकम
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
स्वीकृत बजट																		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
इस माह का योग																		
गत माह तक का योग																		
कुल योग खर्च																		
बजट शेष माह के अन्त में																		