

ฎีกาเบิกเงิน กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นาดี

เลขที่ L0378.011/2563

วันที่ จัดทำ 24/02/2563

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) รพ.สต. บ้านโปแดง หมู่ที่ 3 จำนวนเงิน 10,800.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 10,800.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(.....)

ตำแหน่ง.....

<p>ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และ ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 254,403.49 บาท</p> <p>ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย) (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่ 24 ก.พ. 2563</p>	<p>เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย</p> <p>วันที่</p>
<p>เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น</p> <p>วันที่ 24 ก.พ. 2563</p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 10,800.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>ผู้บริหารท้องถิ่น</p> <p>วันที่ 24 ก.พ. 2563</p>
<p>จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ ทางธนาคาร ธนาคาร บัญชีเลขที่ เลขที่เช็ค ลงวันที่ จำนวนเงิน บาท (.....) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) (.....)</p>	<p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (.....) ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (.....)</p>

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

<p>ได้รับเงินจำนวน 10,800.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ ผู้รับเงิน (1) (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่ 24 ก.พ. 2563</p>	<p>ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 10,800.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่ 24 ก.พ. 2563</p>
--	--

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้าพเจ้านายคาน โทนาพันธ์ อยู่บ้านเลขที่๖๕...หมู่ที่ ๑ ...ตำบล.....นาดี.....

อำเภอ.....ยางตลาด..... จังหวัด.....กาฬสินธุ์..... ได้รับเงินจาก อำเภอยางตลาด
จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	
	บาท	สต.
ข้าพเจ้าฯ ได้รับเงินจากนายองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี เป็นเงินสนับสนุน โครงการ อสม.ตำบลนาดี ร่วมใจ อุปกรณ์พร้อมใช้ ให้บริการประชาชน ประจำปี ๒๕๖๓ เป็นเงิน ๑๐,๘๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดร้อยบาทถ้วน)	๑๐,๘๐๐	-
จำนวนตัวอักษร (ห้าหมื่นแปดพันบาทถ้วน)	๑๐,๘๐๐	-

(ลงชื่อ)  (ผู้รับเงิน)

(นายคาน โทนาพันธ์)

(ลงชื่อ)  (ผู้รับเงิน)

(นางสาวจินตนา ทหาระมี)

(ลงชื่อ)  (ผู้รับเงิน)

(นางประครอง ภูองทอง)

(ลงชื่อ)  (ผู้จ่ายเงิน)

(นางสาวชินใจ ภูสัตย์คำ)



บันทึกข้อความ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

ที่กท ๗๕๗๐๐.๐๖/ ๑๑

วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินโครงการอสม.ตำบลนาดี ร่วมใจ อุปกรณ์พร้อมใช้ให้บริการประชาชน

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลนาดี

เรื่องเดิม

ตามที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี โดยกองทุนมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ นั้น

ข้อเท็จจริง

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ กองทุนฯ จึงขออนุมัติเบิกจ่ายเงินงบประมาณตามโครงการอสม.ตำบลนาดี ร่วมใจ อุปกรณ์พร้อมใช้ให้บริการประชาชน ดังมีรายละเอียด ดังนี้

- เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลชนิดยืน จำนวน ๘ เครื่องๆละ ๑,๒๐๐ บาท เป็นเงินทั้งสิ้น ๑๐,๘๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดร้อยบาทถ้วน)

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

เพื่อให้การดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามโครงการอสม.ตำบลนาดี ร่วมใจ อุปกรณ์พร้อมใช้ให้บริการประชาชน เห็นควรพิจารณาอนุมัติให้เบิกจ่ายเงินงบประมาณตามโครงการดังกล่าว เป็นเงินทั้งสิ้น เป็นเงินทั้งสิ้น ๑๐,๘๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดร้อยบาทถ้วน) และแจ้งเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามระเบียบการเบิกจ่ายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(นางณัฐกฤตญา ภูโชคชัย)

กรรมการ/เลขานุการกรรมการกองทุนฯ

ความเห็นของประธานกรรมการกองทุนฯ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ)

(นางณัฐกฤตญา ภูโชคชัย)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ปฏิบัติหน้าที่

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี/ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

ที่ พิเศษ / ๒๕๖๓

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลนาดี
 เลขที่รับ... ๐๗
 วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
 ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 ตำบลนาดี อำเภอเวียงตาล จังหวัดกาฬสินธุ์

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ
 เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี
 สิ่งที่มาด้วย สำเนาบัญชีธนาคาร

ตามที่ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาดีได้ดำเนินการเขียนโครงการและเสนอ
 ขอรับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาดีเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วนั้นโดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณ
 จากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี เป็นเงิน ๑๐,๘๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดร้อยบาทถ้วน) ดังนี้ คือ

๑. โครงการ อสม.ตำบลนาดีร่วมใจ อุปกรณ์พร้อมใช้ ให้บริการประชาชน

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนตำบลนาดีเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเพื่อเป็น
 ค่าใช้จ่ายดำเนินงานตามโครงการให้กับประชาชนในพื้นที่นั้น ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบล
 นาดี จึงขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดีจำนวน ๑๐,๘๐๐ บาท
 (หนึ่งหมื่นแปดร้อยบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

เรียน ประธานกองทุนฯ
 - เพื่อโปรดพิจารณา
 - ประธานชมรม อสม. ท.นาดี
 แจ้งขอรับการสนับสนุน
 งบประมาณจากกองทุนฯ เพื่อ
 ดำเนินการตามโครงการ
 อสม.ท.นาดี ร่วมใจ อุปกรณ์
 พร้อมใช้ ให้บริการประชาชนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาดี
 งบประมาณ เป็น ๑๐,๘๐๐ บาท.

ขอแสดงความนับถือ

(นายคาน โทนาพันธ์)

๑๕ ก.พ. ๖๓

- *[Signature]*
 - *[Signature]*

[Signature]
 ๑๑/๓/๖๓

รหัสสาขา 0737
Branch Code

สาขา วัดศรี
Branch Name

บัญชีเลขที่ 020100517745
Account No.

รหัสโครงการ
Project Code

ชื่อบัญชี
Account Name
โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี หมู่ที่ 1

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ไว้ส่งผู้ฝาก)

135302990



ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES
ธนาคารของรัฐ

ผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

เลขที่

000135302990


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4609 00137 29 1
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย คาน โทนาพันธ์
 Name Mr. Kan
 Last name Thonaphan
 เกิดวันที่ 15 พ.ค. 2493
 Date of Birth 15 May 1950
 ศาสนา พุทธ



ที่อยู่ 65 หมู่ที่ 1 ต.นาดี อ.ยางตลาด
 จ.กาฬสินธุ์
 9 เม.ย. 2557
 วันออกบัตร 9-Apr-2014
 Date of Issue



 ตลกดชีพ
 วันบัตรหมดอายุ
 LIFELONG
 Date of Expiry 4607-03-04091421

(นายคาน โทนาพันธ์)
 เจ้าพนักงานสอบสวน

BORA-16-03



 ประเทศไทย
 THAILAND

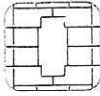
JTO-0794911-37

คาน โทนาพันธ์
 นาย คาน โทนาพันธ์



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4607 00334 65 4
 Identification Number

ชื่อต้นและชื่อสกุล น.ส. จินตนา หาระมี



Name Miss Jintana

Last name Haramee

เกิดวันที่ 20 มี.ค. 2514

Date of Birth 20 Mar. 1971

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 140 หมู่ที่ 1 ต.นาดี อ.ยางตลาด

จ.กาฬสินธุ์

15 ก.ค. 2558

วันออกบัตร

15 ก.ค. 2515

Date of Issue



(นายคณินชา บุญรวม)
 เจ้าพนักงานออกบัตร

19 มี.ค. 2567

วันบัตรหมดอายุ

19 Mar. 2023

Date of Expiry



4659-02-07150946

สำเนาเอกสาร

จินตนา หาระมี

BORA-8.3-02



ประเทศไทย
 THAILAND

JT2-0911861-87



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4607 00330 03 9
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง ประครอง ภูอองทอง



Name Mrs. Prakrong

Last name Phoo-aongthong

เกิดวันที่ 1 ต.ค. 2509

Date of Birth 1 Oct. 1966

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 56 หมู่ที่ 1 ต.นาดี อ.ยางตลาด

จ.กาฬสินธุ์

11 มี.ย. 2562

วันออกบัตร

11 Jun. 2019

Date of Issue

รองศาสตราจารย์
 (ศาสตราจารย์พิเศษ)
 เจ้าพนักงานออกบัตร

30 ก.ย. 2570

วันบัตรหมดอายุ

30 Sep. 2027

Date of Expiry



4601-03-06111314

BORA-10.7-02-2562



ประเทศไทย
 THAILAND

ME2-1326091-08

สำนักงานภูคต้อ
 ภูอองทอง

รับทำ 11/22 14 ต.ค. 62

แบบเสนอแผนงานโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

เรื่อง ขอเสนอโครงการ อสม.ตำบลนาดี ร่วมใจ อุปกรณ์พร้อมใช้ ให้บริการประชาชน

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลนาดี

ด้วย ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาดี มีความประสงค์จะจัดทำโครงการ อสม.ตำบลนาดี ร่วมใจ อุปกรณ์พร้อมใช้ ให้บริการประชาชน โดยขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี เป็นเงิน ๑๐,๘๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดร้อยบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดโครงการดังนี้

ส่วนที่ ๑: รายละเอียดโครงการ

๑.วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด :

๑. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจสุขภาพเบื้องต้นที่บ้าน ได้สะดวกและ รวดเร็ว
๒. เพื่อให้ อสม. มีอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่
๓. เพื่อส่งเสริมบทบาทอสม. ให้ปฏิบัติงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน

๒.วิธีดำเนินโครงการ:

มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

๑. ประชุมเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจง ขั้นตอนการดำเนินงาน
๒. สืบหาอุปกรณ์ ที่มีอยู่ในแต่ละหมู่บ้าน
๓. เสนอโครงการเพื่อขอสนับสนุนในการจัดซื้ออุปกรณ์จัดโครงการฯจากคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี
๔. แต่งตั้งคณะทำงาน / ประชุมคณะทำงาน เพื่อกำหนดผู้ดูแลหลัก
๕. ดำเนินงานจัดซื้ออุปกรณ์ตามโครงการ
๖. ชี้แจงวิธีการใช้งาน การดูแล เก็บรักษา แก้อสม. ผู้ให้บริการในพื้นที่ทุกคน
๗. เก็บรักษาอุปกรณ์ไว้ ณ ที่ทำการสุซศาลาประจำหมู่บ้านแต่ละหมู่
๘. ให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปที่มาขอรับบริการ ให้บริการในช่วงการคัดกรองภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ในสุซศาลา, คัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และค่า bmi ในชุมชน
๙. สรุปผลการดำเนินงานโครงการ

๓.ระยะเวลาดำเนินงาน : พฤศจิกายน ๒๕๖๒ - มกราคม ๒๕๖๓

๔.สถานที่ดำเนินการ : สุซศาลาหมู่บ้าน ๙ หมู่บ้านในตำบลนาดี

๕. งบประมาณ:

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี ๑๐,๘๐๐ บาท รายละเอียด ดังนี้

๕.๑. กิจกรรมจัดซื้อเครื่องชั่งน้ำหนัก

- เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลชนิดยืน จำนวน ๙ เครื่องๆละ ๑,๒๐๐ บาท เป็นเงิน ๑๐,๘๐๐ บาท

รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๑๐,๘๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยได้

๖.ผลที่คาดว่าจะได้รับ:

๑. ประชาชนตำบลนาดีมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ถูกต้อง
๒. ประชาชนตำบลนาดีมีความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ถูกต้อง
๓. เกิดเครือข่ายการดูแลภาวะฉุกเฉินในชุมชน

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ๗)ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง.....

- ๗.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- ๗.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- ๗.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- ๗.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- ๗.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

๗.๒ ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

- ๗.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]
- ๗.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]
- ๗.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)]
- ๗.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]
- ๗.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]

๗.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)

- ๗.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- ๗.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ๗.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- ๗.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน
- ๗.๓.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ๗.๓.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ๗.๓.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- ๗.๓.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๓.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

๗.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

๗.๔.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

- ๗.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๗.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๗.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๗.๔.๗.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- ๗.๔.๗.๖ อื่นๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ..... .....ผู้เสนอโครงการ

(นายคาน โทนาพันธ์)

ตำแหน่งประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาดี

อัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้
ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
๒. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย
(ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐาน
ครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
๔. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานดังกล่าว ให้ตกเป็นเงินทุนเพื่อดำเนินการส่งเสริม
กิจกรรมกลุ่มต่อไป
๕. ให้กลุ่ม/ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนระบบ
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุน
กำหนด
๖. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนระบบหลักประกัน
สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล
กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนถ้า
ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด
บันทึกนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/
กิจกรรม หนึ่งฉบับผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ
ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อ
ไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
(นายคาน โทนาพันธ์)

ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาดี

(ลงชื่อ).....กรรมการ/ผู้ตรวจสอบโครงการ
(นางฉวีภักดิ์ กุชชัย)

กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ
(นางฉวีภักดิ์ กุชชัย)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวศศิธร นระว้าง)

ฝ่ายผู้รับผิดชอบโครงการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นายคาน โทนาพันธ์ กุชชัย)

ฝ่ายผู้สนับสนุนโครงการ