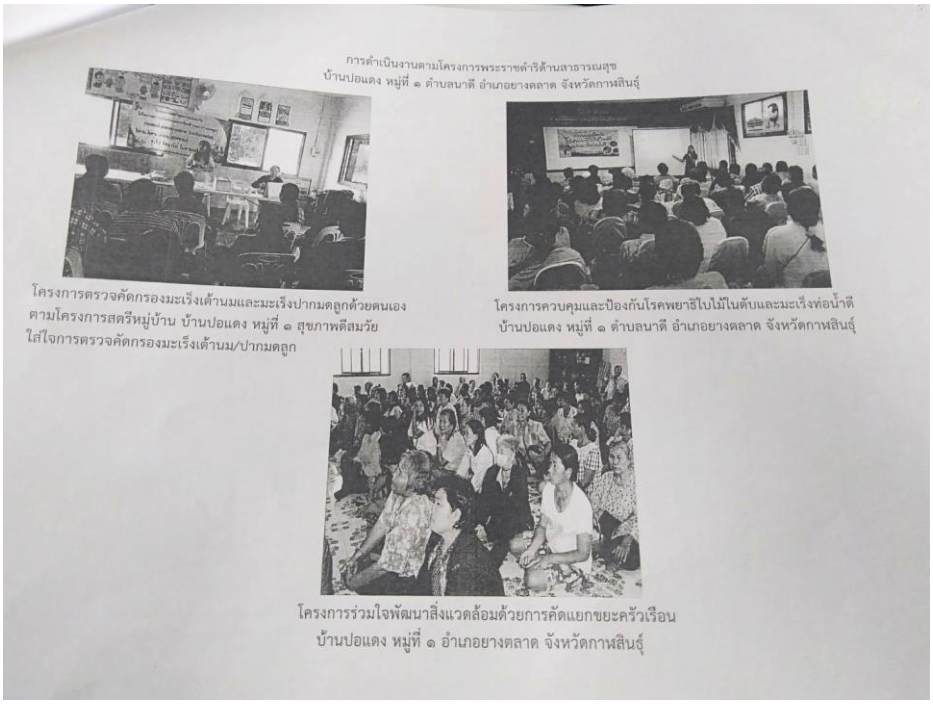
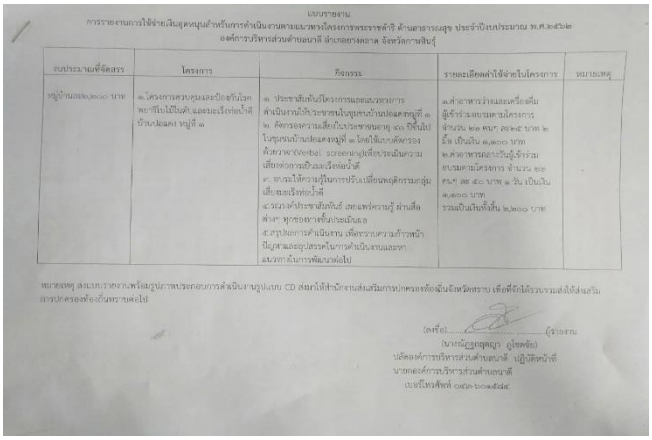
หน่วยที่ ๒ ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต
หน่วยย่อยที่ ๒ สาธารณะสุข
ข้อ ๑๒๒ จำนวนกิจกรรมที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพผู้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน

๑. โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง สุขภาพดีสมวัย ใส่ใจการตรวจมะเร็งปากมดลูก
๒. โครงการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดี บ้านปอแดง
๓. โครงการควบคุมโรคไข้เลือดออกและติดต่ออื่นในชุมชนตำบลนาดี
๔. โครงการเยี่ยมยามถามไถ่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง และแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่
๕. โครงการระบบเฝ้าระวัง ดูแลกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกลไกล พชต. ตำบลนาดี
๖. โครงการ อสม. นาดี ร่วมใจป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคติดต่ออื่นในชุมชน
๗. โครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ด้วยตนเอง สุขภาพดีสมวัย
ใส่ใจการตรวจมะเร็งปากมดลูก



โครงการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดี บ้านปอแดง

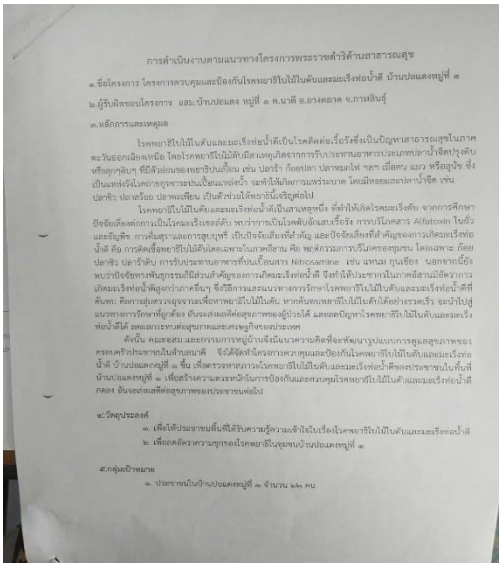


แบบรายงาน
การรายงานการใช้จ่ายเงินสุดหนุนสำหรับการดำเนินงานตามแนวทางโครงการพระราชดำริ ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
องค์การบริหารส่วนตำบลบาลี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

งบประมาณที่จัดสรร	โครงการ	กิจกรรม	รายละเอียดค่าใช้จ่ายในโครงการ	หมายเหตุ
หมู่บ้านละ๒,๒๐๐ บาท	๑.โครงการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี บ้านปอแดง หมู่ที่ ๑	๑. ประชาสัมพันธ์โครงการและแนวทางการดำเนินงานให้ประชาชนในชุมชนบ้านปอแดงหมู่ที่ ๑ ๒. คัดกรองความเสี่ยงในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปในชุมชนบ้านปอแดงหมู่ที่ ๑ โดยใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี ๓. ชมรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ๔.ชมรมจัดประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ ผ่านสื่อต่างๆ ทุกช่องทางที่เห็นประเมินผล ๕.สรุปผลการดำเนินงาน เพื่อรายงานความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและหาแนวทางในการพัฒนาต่อไป	๑.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ผู้เข้าร่วมชมรมด้านโครงการ จำนวน ๒๐ คนๆ ละ๔๐ บาท ๒ มื้อ เป็นเงิน ๑,๖๐๐ บาท ๒.ค่าอาหารกลางวันผู้เข้าร่วมชมรมด้านโครงการ จำนวน ๒๐ คนๆ ละ ๔๐ บาท ๑ วัน เป็นเงิน ๑,๔๐๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๒๐๐ บาท	-

หมายเหตุ ส่งแบบรายงานพร้อมรูปภาพประกอบการดำเนินงานรูปแบบ CD ส่งมาให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม เพื่อที่จักได้รวบรวมส่งให้ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(นายณัฐฤดุลญา อู่โพดพัง)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบาลี ปฏิบัติหน้าที่
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบาลี
เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๕-๖๐๑๕๕๔



การดำเนินงานตามแนวทางโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข

๑.ชื่อโครงการ โครงการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี บ้านปอแดงหมู่ที่ ๑

๒.ผู้รับผิดชอบโครงการ องค์การบริหารส่วนตำบลบาลี หมู่ที่ ๑ ต.บาลี อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์

๓.หลักการและเหตุผล

โรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยโรคพยาธิใบไม้ตับมีสาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดปรุงดิบหรือสุกๆดิบๆ ที่มีตัวอ่อนของพยาธิปนเปื้อน เช่น ปลาร้า ก้อยปลา ปลาหมกไฟ ฯลฯ เมื่อคน แมว หรือสุนัข ซึ่งเป็นแหล่งรังโรคกินอุจจาระปนเปื้อนแล้วถ่ายน้ำ จะทำให้มีการแพร่ระบาด โดยมีหอยและปลาน้ำจืด เช่น ปลาทิว ปลาเสวียน ปลาพลเรียน เป็นตัวช่วยให้พยาธิเจริญต่อไป

โรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ จากการศึกษาปัจจัยเดี่ยวต่อการเป็นโรคมะเร็งของตับ พบว่าการเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง การบริโภคสาร Alfatoxin ในถั่วและธัญพืช การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี คือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยเฉพาะในภาคอีสาน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบ โดยเฉพาะ ก้อยปลาร้า ปลาร้าดิบ การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสาร Nitrosamine เช่น แหนม ลูกเนียง บอกจากนี้มีข้อพบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมก็มีส่วนสำคัญของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี จึงทำให้ประชากรในภาคอีสานมีอัตราการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าภาคอื่นๆ ซึ่งวิธีการและแนวทางการรักษาโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ดีที่สุด คือการตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิใบไม้ในตับ หากตับหนอนพยาธิใบไม้ตับให้ตรวจเร็ว จะนำไปสู่แนวทางการรักษาที่ถูกต้อง อันจะส่งผลที่ต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ และผลต่อปัญหาโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ ผลเสมอกระทบต่อสุขภาพและสวยงามประเทศ

ดังนั้น คณะผู้สม.และกรรมการหมู่บ้านจึงมีแนวความคิดที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวประชาชนในตำบลบาลี ซึ่งได้จัดทำโครงการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี บ้านปอแดงหมู่ที่ ๑ ขึ้น เพื่อตรวจหาสภาวะโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่บ้านปอแดงหมู่ที่ ๑ เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีคลอง อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนต่อไป

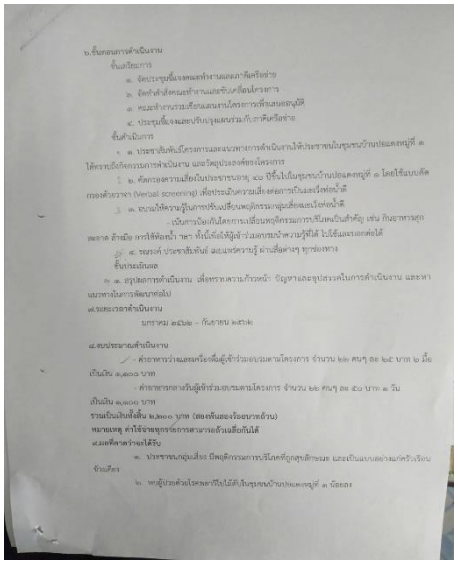
๔.วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ประชาชนที่เข้ารับความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. เพื่อเฝ้าติดตามการของโรคพยาธิใบไม้ในตับหมู่บ้านปอแดงหมู่ที่ ๑

๕.กลุ่มเป้าหมาย

๑. ประชาชนในบ้านปอแดงหมู่ที่ ๑ จำนวน ๒๒๐ คน



๖.ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ

๑. จัดประชุมชี้แจงคณะทำงานและอาสาสมัครจัดง่าย

๒. จัดทำคำสั่งคณะทำงานและจัดเตรียมโครงการ

๓. คณะทำงานระดมเสนอแผนโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติ

๔. ประชุมชี้แจงและปรับบทบาทและส่งเสริมเครือข่าย

ขั้นดำเนินการ

๑. ๑. ประชาสัมพันธ์โครงการและแนวทางการดำเนินงานให้ประชาชนในชุมชนบ้านปอแดงหมู่ที่ ๑ ได้ทราบถึงกระบวนการดำเนินงาน และวัตถุประสงค์ของโครงการ

๒. คัดกรองความเสี่ยงในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปในชุมชนบ้านปอแดงหมู่ที่ ๑ โดยใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดี

๓. ชมรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี

- เน้นการป้องกันโดยการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเป็นสำคัญ เช่น กินอาหารสุกๆ สะอาด ล้างมือ การใช้ช้อนน้ำ ฯลฯ ทั้งนี้ต้องให้ผู้นำร่วมเสวนขนน้ำความรู้ที่ได้ ไปใช้และเผยแพร่ต่อได้

๔. ชมรมฯ ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ ผ่านสื่อต่างๆ ทุกช่องทาง

ขั้นประเมินผล

๑. สรุปผลการดำเนินงาน เพื่อทราบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และหาแนวทางในการพัฒนาต่อไป

๗.ระยะเวลาดำเนินงาน

มกราคม ๒๕๖๒ – กันยายน ๒๕๖๒

๘.งบประมาณดำเนินงาน

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มผู้เข้าร่วมอบรมตามโครงการ จำนวน ๒๒๐ คนๆ ละ ๒๕ บาท ๒ มื้อ เป็นเงิน ๑,๑๐๐ บาท

- ค่าอาหารกลางวันผู้เข้าร่วมอบรมตามโครงการ จำนวน ๒๒๐ คนๆ ละ ๕๐ บาท ๑ วัน เป็นเงิน ๑,๑๐๐ บาท

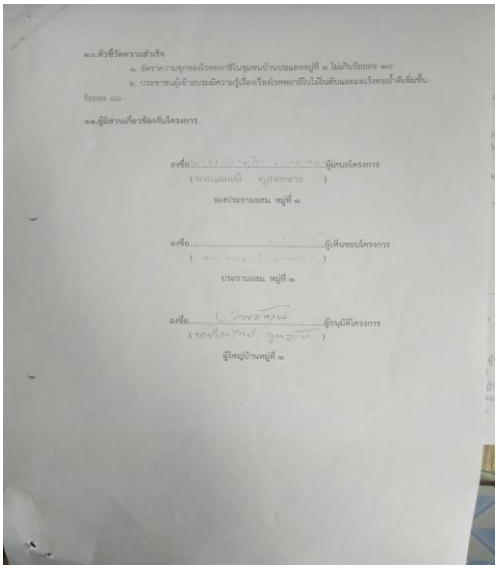
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๒๐๐ บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายทุกรายการตามวงเงินเฉลี่ยกันได้

๙.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกสุขลักษณะ และเป็นแบบอย่างแก่ครัวเรือนข้างเคียง

๒. ทราบถึงสาเหตุโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านปอแดงหมู่ที่ ๑ น้อยลง



๑๐.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราความชุกของโรคพยาธิในชุมชนบ้านปอแดงหมู่ที่ ๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐

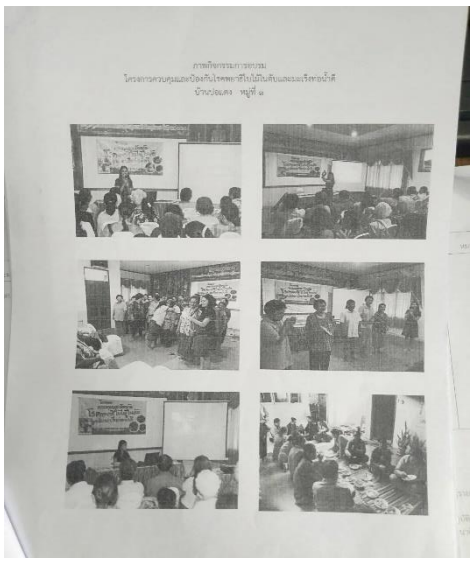
๒. ประชาชนผู้เข้าอบรมมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐

๑๑.ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
(รองปลัดองค์การ ชุณสุทธาน)
รองประธานสภา. หมู่ที่ ๑

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
([illegible])
ประธานสภา. หมู่ที่ ๑

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
([illegible])
ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ ๑



ภาพกิจกรรมการอบรม
โครงการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี
บ้านปอแดง หมู่ที่ ๑

โครงการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

และติดต่ออื่นในชุมชนตำบลนาดี ๒๕๖๒

องค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

ฎีกาเบิกเงินรายจ่าย

ประจำปีงบประมาณ 2562

งานระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

เลขที่ผู้เบิก 14

วันที่จัดทำ 18 ก.พ. 2562

รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
มูลค่าสินค้าหรือบริการ	69,000		เบิกเงินเพื่อจ่ายเป็นค่าโครงการควบคุมป้อง
บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม			กันโรคไข้เลือดออกและติดต่ออื่นๆ ในชุมชน
จำนวนเงินที่ขอเบิก	69,000		ตำบลนาดี ปี 2562
หัก ภาษีหัก ณ ที่จ่าย			เป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 69,000 บาท
ค่าปรับ			(หกหมื่นเก้าพันบาทถ้วน)
อื่นๆ (เช่น เงินประกันผลงาน,คืนเงินล่วงหน้า)			ตามรายละเอียดแนบท้าย
จำนวนเงินที่จ่ายสุทธิ	69,000		

(ตัวอักษร) (หกหมื่นเก้าพันบาทถ้วน)

หน่วยงานผู้เบิก

ขอเบิกเงินรายจ่ายตามรายการข้างต้น

(ลงชื่อ) หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิก

(นางณัฏฐกฤตญา ภูโชคชัย)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

วันที่ 18 ก.พ. 2562

ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้

แหล่งเงินที่ขอเบิก คงเหลือยกมา คงเหลือยกไป

(ลงชื่อ) ผู้ตรวจสอบ/จัดทำ

(นางสาวสุธิดา หนองภักดี)

นักจัดการงานทั่วไป

วันที่ 18 ก.พ. 2562

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ตรวจฎีกา

(นางสาวชื่นใจ ภูสัตย์คำ)

นักวิชาการคลัง

วันที่ 18 ก.พ. 2562

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

(ลงชื่อ)

(นางณัฏฐกฤตญา ภูโชคชัย)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

วันที่ 18 ก.พ. 2562

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

(ลงชื่อ)

(นางณัฏฐกฤตญา ภูโชคชัย)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

วันที่ 18 ก.พ. 2562

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวน 69000 บาท

(ลงชื่อ)

(นางณัฏฐกฤตญา ภูโชคชัย)

ปลัด อบต.นาดี ปฏิบัติหน้าที่ นายก อบต.นาดี

วันที่ 18 ก.พ. 2562

ธนาคาร ธกส.สาขาโคกศรี บัญชีเลขที่ 18 ก.พ. 2562

เลขที่เช็ค 12826894 ลงวันที่

จำนวนเงิน 69000 บาท

ค่าใช้จ่ายโครงการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในชุมชนตำบลนาดี ปีงบประมาณ 2562

ผู้ลงนามในเช็ค/ใบถอน

(ลงชื่อ) ผู้ลงนาม

(ลงชื่อ) ผู้ลงนาม

(ลงชื่อ) ผู้ลงนาม

การจ่ายเงินเป็นไปตามรายงานการจัดทำเช็ค/ใบถอน เลขที่ ลงวันที่ 18 ก.พ. 2562

โครงการเยี่ยมยามถามไถ่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง และแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่

ฎีกาเบิกเงิน
กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นาดี

เลขที่ L0378.009/2563 วันที่ จัดทำ 22/01/2563

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) รพ.สต. บ้านปอแดง หมู่ที่ 3 จำนวนเงิน 56,600.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 56,600.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) ..... จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)
(หญิงสาวสุริดา หนองกิ่งอี่)
ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 313,403.49 บาท ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย) (หญิงสาวสุริดา หนองกิ่งอี่) ตำแหน่ง..... วันที่ 22 ส.ค. 2563	เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น ลงชื่อ..... (น.ส. ชื่นฤดี ภูสิทธิ์) หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย วันที่ 22 ส.ค. 2563
เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น ลงชื่อ..... (หองหนึ่งจรกุตตา ภูโธรชัย) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วันที่ 22 ส.ค. 2563	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 56,600.00 บาท ลงชื่อ..... (หองหนึ่งจรกุตตา ภูโธรชัย) ผู้บริหารท้องถิ่น วันที่ 22 ส.ค. 2563
จ่ายเป็น △ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ △ ทางธนาคาร ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ ..... เลขที่เช็ค 1282689 ลงวันที่ 22 ส.ค. 2563 จำนวนเงิน 56,600 บาท (ห้าหมื่นหกพันหกร้อยบาทถ้วน) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (หองหนึ่งจรกุตตา ภูโธรชัย) ลงชื่อ เพลินจิต ภูกิ่งเงิน ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 56,600.00 บาท ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1) (นางสาวสกีรง นะราจ้ง) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข วันที่	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 56,600.00 บาท ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน (น.ส. ชื่นฤดี ภูสิทธิ์) ตำแหน่ง..... วันที่ 22 ส.ค. 2563

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

โครงการเยี่ยมยามถามไถ่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง
และแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่

โครงการเยี่ยมยามถามไถ่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง
และแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่

โครงการระบบเฝ้าระวัง ดูแลกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกลไกล พชต. ตำบลนาดี

ฎีกาเบิกเงิน
กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นาดี

เลขที่ L0378.002/2563 วันที่ จัดทำ 12/11/2562

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) รพ.สต. บ้านปอแดง จำนวนเงิน 43,500.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 43,500.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) ..... จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)
(นางสาวสุภา นนอกไกล)
ตำแหน่ง 12 พ.ย. 2562

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 501,903.49 บาท ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย) (นางสาวสุภา นนอกไกล) ตำแหน่ง ..... วันที่ 12 พ.ย. 2562	เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น ลงชื่อ ..... (น.ส. ชื่นใจ ภูสิทธิ์) หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย วันที่ 12 พ.ย. 2562
เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น ลงชื่อ ..... (.....) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วันที่ 12 พ.ย. 2562	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 43,500.00 บาท ลงชื่อ ..... (.....) ผู้บริหารท้องถิ่น วันที่ 12 พ.ย. 2562
จ่ายเป็น ☑ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ △ ทางธนาคาร ธนาคาร ธกส. กองบิน 3 บัญชีเลขที่ ..... เลขที่เช็ค 12826889 ลงวันที่ 12 พ.ย. 2562 จำนวนเงิน 43,500.- บาท (สี่หมื่นสามพันห้าร้อยบาทถ้วน) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (.....) ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (ชื่นใจ ภูสิทธิ์)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 43,500.00 บาท ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1) (นางสาว ศศิธร นวาวัง) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข วันที่ 12 พ.ย. 2562	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 43,500.00 บาท ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน (.....) ตำแหน่ง ..... วันที่ 12 พ.ย. 2562

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

โครงการ อสม. นาดี ร่วมใจป้องกันโรคไข้เลือดออก และโรคติดต่ออื่นในชุมชน

เรียน

ด้วย ชมรม อสม. ตำบลนาดีมีความประสงค์จะจัดทำโครงการ อสม.นาดีร่วมใจควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคติดต่ออื่นในชุมชนปี ๒๕๖๓ โดย ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี เป็นเงิน ๕๙,๐๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดโครงการ ดังนี้

ส่วนที่ ๑: รายละเอียดโครงการ

๑. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด :

๑. เพื่อให้มีระบบการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

๒. เพื่อลดอัตราการป่วยและตายจากโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในตำบลนาดี

๒. วิธีดำเนินการ :

๑. ประชุมวางแผนการดำเนินงานในระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน

๒. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. ดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคดังนี้

โรคไข้เลือดออก

๑. จัดทำแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลนาดี

๒. กำหนดมาตรการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

๒.๑. อบรมฟื้นฟูความรู้ทีม SRRT และฝึกซ้อมการพ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวแก่

๒.๒. จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานให้พร้อมเสมอ

๒.๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ และประชาสัมพันธ์เรื่องโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลนาดี

๒.๓.๑. เผยแพร่ในความรู้โรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนในพื้นที่ ผ่านสื่อทุกช่องทาง

๒.๓.๒. อสม.ออกรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์โดยวิธี การประเมินไขว้ เป็นการดำเนินการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกดำเนินการกำจัดลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายโดยไม่ใช่หมู่ที่ตนเองอาศัยอยู่

๒.๓.๓. อสม./ประชาชน ออกรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายประจำเดือนๆ ละ ๑ ครั้ง

๒.๓.๔. สรุปการดำเนินการกิจกรรมรณรงค์

<u>กรณีเกิดการระบาด</u>

๑. ลงทะเบียนผู้ป่วยและประสานกันทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง

๓. ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อสร้างความตระหนักเมื่อการระบาดของโรค

๔. ให้ทีมควบคุมโรคเร็วในตำบลดำเนินการควบคุมโรคดังต่อไปนี้

๔.๑. ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ (พ่นหมอกควัน หยอดทรายอะเบท ปล่อยปลากินลูกน้ำ)

๔.๒. จัดทีมสำรวจและทำลายลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน เพื่อให้ค่า HI และค่า CI เท่ากับ o ติดต่อกัน ๗ วัน

๔.๓. ให้ความรู้ในการจัดทำนวตกรรมเครื่องพ่นยุงรักษ์โลก ลดโรค มาปรับใช้ในชุมชน

๔.๓. ให้พ่นหมอกควันอีกครั้งหลังจากพ่นครั้งแรกไปแล้ว ๗ วัน

โรคเลปโตสไปโรซิส

๑. รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส

๒. ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ที่มีอาการน่าสงสัย โดยทีมป้องกันและควบคุมโรคระดับหมู่บ้านเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันถ่วงที

๓. สำรวจแหล่งน้ำในพื้นที่ เพื่อติดตามกลุ่มเสี่ยง และเป็นข้อมูลประกอบการสอบสวนโรค

<u>ขณะเกิดโรค</u>

๑. ลงทะเบียนรับแจ้งโรค

๒. สอบสวนโรคในพื้นที่ โดยทีม SRRT

๓. รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันและแพร่การระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส

๔. ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

๕. ติดป้ายประกาศพื้นที่เสี่ยง/แหล่งรังโรค

<u>หลังเกิดโรค</u>

๑. เฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่

๒. วิเคราะห์และติดตามสถานการณ์โรค โดยทำ Epidemic curve ในรายหมู่บ้าน และทำแผนที่แผนที่แบบจุด (Spot map)

๓. สรุปผล ถอดบทเรียนและสรุปผลการดำเนินงาน

๔. จัดทำรายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ตำบลนาดี

โรคอุจจาระร่วง

<u>ก่อนเกิดโรค</u>

๑. ดำเนินการกิจกรรมรณรงค์ และประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ตำบลนาดี

๑.๑. แจ้งสถานการณ์/ให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลนาดี ผ่านสื่อทุกช่องทาง

๑.๒. สนับสนุนเครือข่าย SRRT ตำบล ในการเฝ้าระวังและแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง

๒. เตรียมวัสดุ/อุปกรณ์ ในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และการทำ

<u>กรณีเกิดการระบาด</u>

๑. กรณีพบผู้มีอาการถ่ายเป็นน้ำ ๑ ครั้ง หรือถ่ายเหลวมีมูกปน ๓ ครั้งขึ้นไป รพ.สต.บ้านปอแดง ส่ Rectal Swab เพื่อตรวจยืนยันเชื้อ

๒.กรณีเกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อน หรือพบเชื้ออหิวาตกโรค ดำเนินมาตรการตามแนวทางป้องกันและควบคุมอหิวาตกโรคของอำเภอ

๒.๑. แจ้งการระบาดแก่เครือข่าย ทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒.๒. ทีม SRRT ตำบลนาดี ออกสอบสวน ควบคุมโรค ร่วมกับเครือข่าย SRRT ระดับอำเภอ

๒.๓. ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อสร้างความตระหนักเมื่อการระบาดของโรค

๒.๔. รายงานผลการดำเนินงานสอบสวนโรค ควบคุม และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานแก่ทุก

eio

โรควัณโรค

๑. ดำเนินการป้องกันและควบคุมวัณโรคตามระบบ DOTS

๑.๑. รายงานสถานการณ์ และแจ้งเตือนแก่ทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง

๑.๒. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน

๑.๓. เจ้าหน้าที่ติดตามรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน และออกเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่

๑.๔. ติดตามการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสียงที่สัมผัสกับผู้ป่วย โดยเก็บตัวอย่างเสมหะต่อเนื่อง ๓ วัน

๑.๕. จัดตั้งคลินิกวัณโรคใน รพ.สต. ช่วงบ่ายวันอังคาร

๑.๖. รพ.สต. จัดทำ Spot map ผู้ป่วยย้อนหลัง

๒. สร้างและขยายเครือข่ายในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยมีผู้ช่วย Mr.TB หมู่บ้านละ ๑ คน จำนวน ๙ หมู่บ้าน เพื่อประสานงานและอสม.ทุกคนร่วมคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

๓.อบรมฟื้นฟู Mr.TBและผู้ช่วย Mr.TBเพื่อติดตาม ควบคุม กำกับการกินยาของผู้ป่วย ในหมู่บ้าน

๔.พัฒนาชุมชนต้นแบบตำบลนาดีในการดำเนินงานเพื่อป้องกัน ควบคุมวัณโรค

๕.จัดประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และนำเสนอผลการดำเนินงานในตำบล (DOTS Meeting)

๖.สรุปผลการดำเนินงาน และรายงานแก่ทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง

๓. ระยะเวลาดำเนินการ :

เมษายน

๔. สถานที่ดำเนินการ :

เขตพื้นที่ตำบลนาดี

๕. งบประมาณ :

งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี จำนวน ๕๙,๐๐๐ บาท รายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมวางแผนควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

- ค่าอาหารกลางวัน, อาหารว่างและเครื่องดื่มผู้เข้าร่วมประชุมวางแผนควบคุมโรคจำนวน ๕๐ คน × ๑๐๐ บาท × ๑ วัน เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท

กิจกรรมโครงการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

- ค่าตอบแทน อสม. ในการประเมินไขว้จำนวน ๙ หมู่บ้านๆละ ๕ คนๆละ ๑๐๐ บาท ๖ เดือน

เป็นเงิน ๒๗,๐๐๐ บาท

- ค่าอาหารว่างในการออกรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายในชุมชนจำนวน ๙ หมู่บ้านๆละ ๒๐ คนๆละ ๒๕ บาท ๖ เดือน เป็นเงิน ๒๗,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๕๔,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๕๙,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นเก้าพันบาทถ้วน)

หมายเหตุ ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีระบบการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

๒. อัตราการป่วยและตายจากโรคติดต่อในพื้นที่ลดลง

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักป 'N.A. bd'd'G J

ชื่อหน่วยงาน.....ชมรม อสม. ตำบลนาดี.....

☐ 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

☐ ๗.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่ f č

☐ 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 (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯพ.ศ.

☐ 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) .....

สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น

ลงชื่อ.....

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม(สำหรับเจ้าหน้าที่อปท.ที่ได้รับมอบหมายลง

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี ครั้งที่ ....1..... /.....2562..... เมื่อวันที่ 11 พ.ย. 2562..... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

☐ **อนุมัติ** งบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการ อสม.นาดีร่วมใจควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคติดต่ออื่นในชุมชนปี ๒๕๖๓ เป็นจำนวนเงิน ๕๙,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นเก้าพันบาทถ้วน)

เพราะ .....

.....

☐ **ไม่อนุมัติ** งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .....

เหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี).....

☐ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม

(นางณัฏฐกฤตญา ภูโชคชัย)

ตำแหน่งประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

วันที่-เดือน-พ.ศ. ..11 พฤศจิกายน 2562.....

การขอรับเงินจาก

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

องค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

เขียนที่ทำการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

วันที่ ๑๑ **เดือน** พฤศจิกายน **พ.ศ.** 2562

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดีโดย **นายคาน โทนาพันธ์** ตำแหน่ง ประธาน อสม. ตำบลนาดี ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ **โครงการ อสม.นาดีร่วมใจควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคติดต่ออื่นในชุมชนปี ๒๕๖๓** ซึ่งมีรายชื่อท้ายบันทึกนี้ และต่อไปนี้ในบันทึกรวมเรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ” ฝ่ายหนึ่งกับประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ซึ่งต่อไปนี้โดย **นางณัฏฐกฤตญา ภูโชคชัย** ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ในฐานะ ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี ซึ่งต่อไปนี้ในบันทึกเรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงบันทึกข้อตกลงกันดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้รับผิดชอบโครงการตกลงจะดำเนินโครงการ/กิจกรรมต่อไปนี้

- โครงการ อสม.นาดีร่วมใจควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคติดต่ออื่นในชุมช

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดีได้ให้เงินอุดหนุน ๕๙,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นเก้า ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้ายนี้ ตลอด เงื่อนไข วิธีการ ตามหนังสือ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ ๒ หากผู้รับผิดชอบโครงการ ไม่ดำเนินการตามโครงการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการและหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่ การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย พ้นวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม โดยผู้สนับสนุนโครงการมิต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

๑.การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ

๒.การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

๓.ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม

๔.หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานดังกล่าว ให้ตกเป็นเงินทุนเพื่อดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มต่อไป

๕.ให้กลุ่ม/ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนกำหนด

๖.งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมหนึ่งฉบับผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(avın)……ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

ประธาน อสม. ตาบลนาด

(……กรรมการ/ผู้ตรวจสอบโครงการ

(นางณัฏฐกฤตญา ภูโขคชัย)

fiş*JflffiLLâ3Lâfflnunnjnoşvıuoı

(mit))……ผู้สนับสนุนโครงการ

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ปฏิบัติหน้าที่
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี/ประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ

……พยาน

(นางสาวศศิธร นะราวัง)

(aşıt)) ฝ่ายผู้รับผิดชอบโครงการ

……

(นางเพลินพิศ ภูกิ่งเงิน)

(ada) ฝ่ายผู้สนับสนุนโครงการ Titrıu

โครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ฎีกาเบิกเงิน
กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นาดี

เลขที่ L0378.005/2563 วันที่ จัดทำ 03/12/2562

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) โรงเรียนผู้สูงอายุวัดกลางสีมาราม ตำบลนาดี จำนวนเงิน 80,000.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 80,000.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) ..... จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(นางสาวสุดา แนองสีทอ)

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 449,603.49 บาท ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย) (นางสาวสุดา แนองสีทอ) ตำแหน่ง..... วันที่ - 3 S.A. 2562	เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น ลงชื่อ..... (น.ส. ชื่นใจ จูสิทธิ์) หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย วันที่ - 3 S.A. 2562
เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น ลงชื่อ..... (นายสิริวัฒน์ จูโรจน์ชัย) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วันที่ - 3 S.A. 2562	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 80,000.00 บาท ลงชื่อ..... (นายสิริวัฒน์ จูโรจน์ชัย) ผู้บริหารท้องถิ่น วันที่ - 3 S.A. 2562
จ่ายเป็น △ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ △ ทางธนาคาร ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ ..... เลขที่เช็ค ..... ลงวันที่ - 3 S.A. 2562 จำนวนเงิน 80,000 บาท (แปดหมื่นบาทถ้วน.) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาดี	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (.....) ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 80,000.00 บาท ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1) (.....) ตำแหน่ง..... วันที่ - 3 S.A. 2562	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 80,000.00 บาท ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน (น.ส. ชื่นใจ จูสิทธิ์) ตำแหน่ง..... วันที่ - 3 S.A. 2562

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลนาดี
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๒
ณ ลานเอนกประสงค์วัดสว่างชัยศรี
องค์การบริหารส่วนตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์