

# ฎีกาเบิกเงิน

## กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นาดี

เลขที่ L0378.007/2563

วันที่ จัดทำ 22/01/2563

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) รพ.สต. บ้านปอแดง หมู่ที่ 3 จำนวนเงิน 13,600.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 13,600.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) ..... จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(นางสาวศศิธร นรราชัง)

ตำแหน่ง ..... 22 ส.ค. 2563

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และ  
ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้  
จำนวน 367,203.49 บาท

ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(นางสาวศศิธร นรราชัง)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... 22 ส.ค. 2563

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

ลงชื่อ .....

(น.อ. ชัยโชค สุทธิรักษ์)

หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย

วันที่ ..... 22 ส.ค. 2563

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

ลงชื่อ .....

(นางสาววิภาดา อธิษฐ์)

ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วันที่ ..... 22 ส.ค. 2563

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 13,600.00 บาท

ลงชื่อ .....

(นางสาววิภาดา อธิษฐ์)

ผู้บริหารท้องถิ่น

วันที่ ..... 22 ส.ค. 2563

จ่ายเป็น  $\Delta$  เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ

$\Delta$  ทางธนาคาร

ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ .....

เลขที่เช็ค 12826889 ลงวันที่ ..... 22 ส.ค. 2563

จำนวนเงิน 13,600.00 บาท (.....)

จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) .....  
.....

ผู้มีอำนาจลงนามในใบอนุญาต/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)

(นางสาววิภาดา อธิษฐ์)

ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)

(.....)

.....

### หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 13,600.00 บาท

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1)

(นางสาวศศิธร นรราชัง)

ตำแหน่ง .....  
.....

วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 13,600.00 บาท

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน

(น.อ. ชัยโชค สุทธิรักษ์)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... 22 ส.ค. 2563

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



## บันทึกข้อความ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

ที่ กท ๗๕๗๐๐.๐๖/๐๓๗

วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินโครงการชาวตำบลนาดี รู้ทัน เข้าใจ ชุมชนปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉินและจมน้ำ  
เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

### เรื่องเดิม

ตามที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี โดยกองทุนมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ นั้น

### ข้อเท็จจริง

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ กองทุนฯ จึงขออนุมัติเบิกจ่ายเงินงบประมาณตามโครงการชาวตำบลนาดี รู้ทัน เข้าใจ ชุมชนปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉินและจมน้ำ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

- ค่าอาหารกลางวันในการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น จำนวน ๒ รุ่นๆ ละ x ๕๐ คนๆ ละ ๕๐ บาท เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มในการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น จำนวน ๒ รุ่นๆ ละ x ๕๐ คนๆ ละ ๕๐ บาท เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท
- ค่าวิทยากร จำนวน ๒ คนๆ ละ ๓ ชั่วโมง x ๒ วัน เป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๑๓,๖๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน)

### ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

เพื่อให้การดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ เห็นควรพิจารณาอนุมัติให้เบิกจ่ายเงินงบประมาณตามโครงการดังกล่าว เป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๑๓,๖๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน) และแจ้งเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามระเบียบการเบิกจ่ายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(นางฉวีวรรณ ภูโชคชัย)

กรรมการ/เลขานุการกรรมการกองทุนฯ

ความเห็นของประธานกรรมการกองทุนฯ

- อนุมัติ  
 ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ)



(นางฉวีวรรณ กฤตญา ภูโศกชัย)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ปฏิบัติหน้าที่

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี/ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี



ที่ กส.๐๒๓๒.๑๓/๑๓

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง  
ต.นาดี อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ๕๖๑๒๐

๒๐ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ  
เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี  
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัญชีธนาคารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง

ตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดงได้ดำเนินการเขียนโครงการและเสนอขอรับ  
งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วนั้นโดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณ  
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี เป็นเงิน ๑๑๐,๔๐๐ บาทจำนวน ๓ โครงการดังนี้ คือ

๑. โครงการ เยี่ยมยามถามไถ่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังและแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ ปี๒๕๖๓
๒. โครงการชาวตำบลนาดี รู้ทัน เข้าใจ ชุมชนปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉินและจมน้ำ
๓. โครงการการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพตำบลนาดี ปี๒๕๖๓

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนตำบลนาดีเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเพื่อ  
เป็นค่าใช้จ่ายดำเนินงานตามโครงการให้กับประชาชนในพื้นที่นั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอ  
แดงจึงขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี เป็นเงิน ๑๑๐,๔๐๐ บาท  
(หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสี่ร้อยบาทถ้วน) โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารเพื่อการเกษตรและ  
สหกรณ์การเกษตร สาขาโคกศรี ชื่อบัญชี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง ตำบลนาดี  
อำเภอยางตลาด บัญชีเลขที่ ๐๑๙๗๓๒๐๐๒๖๙๒ โดยมีรายละเอียดโครงการตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้จึงเรียน  
เสนอมาขอร้องท่านเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน ประธานกองทุนฯ  
เพื่อโปรดพิจารณา  
มอ.รพ.สต.บ้านปอแดง ขอรับ  
เงินสนับสนุน ๑๑๐,๔๐๐ บาท จาก กองทุนฯ  
เพื่อดำเนินการตามโครงการ ปี  
จำนวนเงิน ๑๑๐,๔๐๐ บาท  
ศ.ชพ  
๒๐ ม.ค. ๖๓

ขอแสดงความนับถือ

(นายสาคร ภูอาบอ่อน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง

  
๒๑/๒๑/๖๓

รพ.สต.บ้านปอแดง  
๐๔๓-๖๐๑๕๐๑



ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1. นำสมุดเงินฝากและบัตรประจำตัวประชาชนมาธนาคารทุกครั้งที่ฝากหรือถอน
2. ธนาคารจะบันทึกดอกเบี้ยให้ในวันเสาร์สุดท้ายเดือนกันยายนและมีนาคมของทุกปี
3. ยอดเงินที่ปรากฏในสมุดเงินฝากจะถือว่าถูกต้องเมื่อได้รับการตรวจสอบยอดตรงกับบัญชีเงินฝากของธนาคารแล้ว กรณียอดเงินคงเหลือเป็นศูนย์ธนาคารจะปิดบัญชีทันที
4. การเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ที่อยู่ ผู้ฝากต้องแจ้งให้ธนาคารทราบ กรณีสมุดเงินฝากหาย ผู้ฝากต้องแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ และแจ้งให้ธนาคารทราบโดยเร็ว
5. ในกรณีที่บัญชีขาดการติดต่อ และยอดคงเหลือในบัญชีต่ำกว่าที่กำหนด ธนาคารจะปิดบัญชี และ/หรือคิดค่าธรรมเนียมรักษานับบัญชีตามหลักเกณฑ์ที่ธนาคารกำหนด

รหัสสาขา ..... 0737 41-009  
 Branch Code .....  
 บัญชีเลขที่ ..... 019732002692  
 Account No. .... สาขาวิถกศรี  
 ชื่อสาขา ..... รหัสโครงการ .....  
 Branch Name ..... Project Code .....  
 ชื่อบัญชี  
 Account Name

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อแดง

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดคู่ฝาก)

217386404



ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร  
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES  
สาขาบ่อแดง



ผู้มีอำนาจลงนาม  
Authorized Signature

เล่มที่

000217386404

## แบบเสนอแผนงานโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

เรื่อง ขอเสนอโครงการชาวตำบลนาดี รู้ทัน เข้าใจ ชุมชนปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉินและจมน้ำ

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลนาดี

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง มีความประสงค์จะทำโครงการชาวตำบลนาดี รู้ทัน เข้าใจ ชุมชนปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉินและจมน้ำ โดยขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี เป็นเงิน ๑๓,๖๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดโครงการดังนี้

### ส่วนที่ ๑: รายละเอียดโครงการ

#### ๑.วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด :

๑. เพื่อให้ประชาชนตำบลนาดีมีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้อง
๒. เพื่อให้ประชาชนตำบลนาดีมีความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง
๓. เพื่อพัฒนาแนวทางและการดูแลภาวะฉุกเฉินในชุมชน

#### ๒.วิธีดำเนินโครงการ:

มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

๑. ประชุมวางแผนการดำเนินโครงการ
๒. แต่งตั้งคณะทำงาน / ประชุมคณะทำงาน เพื่อกำหนดวิธีดำเนินการและเนื้อหาการอบรม
๓. ประสานผู้นำชุมชนและ อสม. เพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ
๔. จัดเตรียมเอกสาร วัสดุ ต่าง ๆ ในการจัดกิจกรรมให้พร้อมดำเนินงาน
๕. จัดทำหน้าเว็ทกรรม line official การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินและการพยาบาลเบื้องต้น

กิจกรรมจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

#### ๑. ให้ความรู้เรื่อง การประเมินอาการและการช่วยเหลือ(CPR)ผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

- การประเมินภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย
- ข้อปฏิบัติ/ข้อจำกัดของการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)
- ผักกาดปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)

#### ๒. ให้ความรู้เรื่อง การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

- การปฐมพยาบาลบาดแผลการห้ามเลือด
- การปฐมพยาบาลแมลงสัตว์กัดต่อย (พิษจากงู กุ้ง กัด แมลงป่อง/ตะขาบ สุนัขกัด)
- การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก (ข้อเคล็ด, ข้อเคลื่อน, แขนขาผิดรูป)
- การปฐมพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารพิษและความร้อน
- การปฐมพยาบาลภาวะช็อกและลมบ้าหมู
- การปฐมพยาบาลสิ่งแปลกปลอมตกลงไปในลำคอ สิ่งแปลกปลอมเข้าตา และหู

#### ๓. ให้ความรู้ทีมเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันเด็กจมน้ำ

- ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางน้ำ เป็นการให้ความรู้และสอนให้เด็กรู้จัก
- แหล่งน้ำเสี่ยงทั้งในบ้าน รอบบ้าน ละแวกบ้านและในชุมชน
- สภาพแหล่งน้ำ เช่น น้ำลึก น้ำตื้น น้ำวน ปรากฏการณ์ Rip Current

- วิธีการลงและขึ้นแหล่งน้ำด้วยความปลอดภัย
- ทักษะความปลอดภัยในกิจกรรมทางน้ำ (การปฏิบัติตามระเบียบการใช้สระน้ำ และกฎแห่งความปลอดภัยทั่วไป )
- ความปลอดภัยในการเดินทางทางน้ำ

๖. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

๗. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

๓. ระยะเวลาดำเนินงาน : ตุลาคม ๒๕๖๒ – กันยายน ๒๕๖๓

๔. สถานที่ดำเนินการ : เขตพื้นที่ตำบลนาดี

๕. งบประมาณ:

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี ๑๓,๖๐๐ บาท รายละเอียด ดังนี้

๕.๑. กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

- ค่าอาหารกลางวัน ในการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น จำนวน ๒ รุ่น ๆ ละ x ๕๐ คน ๆ ละ ๕๐ บาท เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มในการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น จำนวน ๕๐ คน ๆ ละ ๒๕ บาท x ๔ มื้อ เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท

- ค่าวิทยากร จำนวน ๒ คนๆ ละ ๓ ชั่วโมง x ๒ วัน เป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๑๓,๖๐๐ บาท

รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๑๓,๖๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ ทุกรายการสามารถแล้วเสร็จได้

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

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท.ที่ได้รับมอบหมายลง  
รายละเอียด)

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

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการชาวตำบลนาดี รู้ทัน เข้าใจ ชุมชนปลอดภัยจากภาวะ  
ฉุกเฉินและจมน้ำ เป็นจำนวนเงิน ๑๓,๖๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน)

เพราะ.....

.....

.....

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .....

.....

.....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี).....

.....

.....

ให้งานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่

.....



(นางณัฐรฤกฤตญา ภูโชคชัย)

ตำแหน่งประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

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



อัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินจากผู้สนับสนุนโครงการ/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/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล


กองทุนของสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด


บันทึกนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมหนึ่งฉบับผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ


ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..........ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม  
(นายสาคร ภูอาบอ่อน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง

(ลงชื่อ)..........กรรมการ/ผู้ตรวจสอบโครงการ  
(นางฉวี ภูฤกษ์ฤตญา ภูโชคชัย)  
กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ)..........ผู้สนับสนุนโครงการ  
(นางฉวี ภูฤกษ์ฤตญา ภูโชคชัย)  
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ปฏิบัติหน้าที่  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี/ประธานกรรมการกองทุนฯ

(ลงชื่อ)..........พยาน  
(นางสาวศศิธร นระรางวัล)  
ฝ่ายผู้รับผิดชอบโครงการ

(ลงชื่อ)..........พยาน  
(นางเพ็ญพิศ ภูกิจเงิน)  
ฝ่ายผู้สนับสนุนโครงการ

เล่มที่ 080



ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 90

ในราชการ จ.น.อ.ต. บ้านโป่งแดง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 24 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568

ได้รับเงินจาก อ.อภ. น.อ.ต. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านโป่งแดง ตามรายละเอียดดังนี้

๕.๕.๕๕๕๕๕๕

รายการ	จำนวนเงิน
- โครงการรณรงค์ทำปลาน้ำจืด ปลอดภัย ปลอดภัย จาก การผูกเงินและเงิน	13,600
	S
จำนวนเงิน หักเงินสามพันหกกร้อย บาทถ้วน (ตัวอักษร)	รวมบาท 13,600 บาท

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

(พ.ศ. 61)  
เล่มที่ กส. 001-500

ลงชื่อ อ.อภ. ผู้รับเงิน  
ตำแหน่ง นอ.ก. สาธารณสุข