

# ฎีกาเบิกเงิน

## กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นาดี

เลขที่ L0378.001/2563

วันที่ จัดทำ 12/11/2562

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) รพ.สต. บ้านโปแดง จำนวนเงิน 40,000.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 40,000.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) ..... จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(นางสาวศศิธร นระจำนง)

ตำแหน่ง ..... 12 พ.ย. 2562

<p>ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และ ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 541,903.49 บาท</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย) (นางสาวศศิธร นระจำนง)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่ ..... 12 พ.ย. 2562</p>	<p>เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>ลงชื่อ..... (น.ส. อังภากร ฐิตะวงษ์)</p> <p>หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย</p> <p>วันที่ ..... 12 พ.ย. 2562</p>
<p>เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>วันที่ ..... 12 พ.ย. 2562</p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 40,000.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้บริหารท้องถิ่น</p> <p>วันที่ ..... 12 พ.ย. 2562</p>
<p>จ่ายเป็น <input checked="" type="checkbox"/> เชื้อฉีดพร้อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ <input type="checkbox"/> ทางธนาคาร</p> <p>ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ .....</p> <p>เลขที่เช็ค 12826884 ลงวันที่ ..... 12 พ.ย. 2562</p> <p>จำนวนเงิน 10,000 บาท (.....)</p> <p>จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) ..... รวมเงินคงเหลือในบัญชีของ อบต.นาดี ณ วันที่ 12/11/2562</p>	<p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (.....)</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (.....)</p>

### หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

<p>ได้รับเงินจำนวน 40,000.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1) (นางสาวศศิธร นระจำนง)</p> <p>ตำแหน่ง..... นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>วันที่ ..... 12 พ.ย. 2562</p>	<p>ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 40,000.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน (น.ส. อังภากร ฐิตะวงษ์)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่ ..... 12 พ.ย. 2562</p>
--	--

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



## บันทึกข้อความ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

ที่ กท ๗๕๗๐๐.๐๖/๐๑

วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินโครงการระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดและภัยพิบัติ ตำบลนาดี ปี ๒๕๖๓

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

### เรื่องเดิม

ตามที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี โดยกองทุนมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ นั้น

### ข้อเท็จจริง

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ กองทุนฯ จึงขออนุมัติเบิกจ่ายเงินงบประมาณตามโครงการระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดและภัยพิบัติ ตำบลนาดี ปี ๒๕๖๓ ประเภทการสนับสนุน สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ (๕) เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง ผู้เข้าร่วมประชุมวางแผน จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท
- ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฯ จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท
- ค่าตอบแทนฯ จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท
- ค่าวัสดุอุปกรณ์ฯ จำนวน ๕,๐๐๐ บาท
- ค่าป้ายฯ จำนวน ๕,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

### ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

เพื่อให้การดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ เห็นควรพิจารณาอนุมัติให้เบิกจ่ายเงินงบประมาณตามโครงการดังกล่าว เป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) และแจ้งเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามระเบียบการเบิกจ่ายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(นางณัฐกฤตญา ภูโชคชัย)

กรรมการ/เลขานุการกรรมการกองทุนฯ

ความเห็นของประธานกรรมการกองทุนฯ

- อนุมัติ  
 ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ)



(นางณัฐกฤตญา ภูโชคชัย)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ปฏิบัติหน้าที่

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี/ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

0737

019732002692

สาขาโคกศรี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโปแดง

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดคู่ฝาก)

165680696

เล่มที่ 080

ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 32

ในราชการ สพ.สต.บ้านโปแดง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 12 เดือน พ.ย.

พ.ศ. ๒๕๖๒

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านโปแดง ตามรายละเอียดดังนี้

ด.บ.๖๖๔

รายการ	จำนวนเงิน
-โครงการระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดและภัยพิบัติตำบลขนาดปี ๒๕๖๓	40000
	40000
รวมบาท	40000
บาท	

จำนวนเงิน

สี่หมื่นบาทถ้วน

(ตัวอักษร)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ

*[Signature]*

ผู้รับเงิน

(พ.ศ. 61)

ตำแหน่ง *หนอ. สาธารณสุข*

เล่มที่ กส. 001-500

๒

สมัคร

11/11/62

## แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

เรื่อง ขอเสนอโครงการระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดและภัยพิบัติ ตำบลนาดี ปี ๒๕๖๓

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดงมีความประสงค์จะทำโครงการโครงการระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดและภัยพิบัติ ตำบลนาดีในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี เป็นเงิน ๔๐,๐๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดโครงการ ดังนี้

### ส่วนที่ ๑: รายละเอียดโครงการ

#### ๑. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๑. เพื่อให้มีระบบการป้องกันและควบคุมกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติในชุมชน
๒. เพื่อลดความเสียหายทางร่างกายและทรัพย์สินที่เกิดจากโรคระบาด/ภัยพิบัติในชุมชน
๓. เพื่อลดอัตราการป่วยและตายที่เกิดจากโรคระบาด/ภัยพิบัติในชุมชน

#### ๒. วิธีดำเนินการ

๑. ประชุมวางแผนการดำเนินงานกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน
๒. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๓. ดำเนินการควบคุมการระบาด/ภัยพิบัติในชุมชน
๔. สรุปผลการดำเนินงานและหาแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติซ้ำอีก

#### ๓. ระยะเวลาดำเนินการ

- ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

#### ๔. สถานที่ดำเนินการ

พื้นที่เขตตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

#### ๕. งบประมาณ

งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท รายละเอียด ดังนี้

๑. ค่าอาหารกลางวัน, อาหารว่างและเครื่องดื่มผู้เข้าร่วมประชุมวางแผนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท
  ๒. ค่าอาหารกลางวัน, อาหารว่างและเครื่องดื่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมควบคุมโรคระบาดกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท
  ๓. ค่าตอบแทนในการออกปฏิบัติควบคุมโรคที่ม SRRT เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท
  ๔. ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมโรคระบาด/ภัยพิบัติ เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท
  ๕. ค่าป้ายประชาสัมพันธ์ในกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

หมายเหตุ ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

#### ๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ตำบลนาดี มีแผนงานรองรับกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ ในพื้นที่
๒. ความเสียหายทางร่างกายและทรัพย์สินที่เกิดจากโรคระบาด/ภัยพิบัติในพื้นที่ลดลง
๓. อัตราป่วยและตายที่เกิดจากการเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ ในพื้นที่ลดลง

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

๗.๑ หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

ชื่อหน่วยงาน.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโปแดง.....

- 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 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข[ข้อ ๗(๑)]
- ๗.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น

[ข้อ๗(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 (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯพ.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

(นายสาคร ภูอาบอ่อน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโปแดง

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๓๑

๓๑ ๓๑ ๒๕๖๒..... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดและภัยพิบัติ ตำบลนาดี ปี ๒๕๖๓ เป็นจำนวนเงิน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

เพราะ .....

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่ .....



(นางณัฐกฤตญา ภูโชคชัย)

ตำแหน่งประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๓๑ ๓ ๒๕๖๒ / ๒๕๖๒

บันทึกข้อตกลง  
การขอรับเงินจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่  
องค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

เขียนที่ทำการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี  
วันที่ ๔ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดีโดย นายสาคร ภูอาบอ่อน ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดและภัยพิบัติ ตำบลนาดี ปี ๒๕๖๓ ซึ่งมีรายชื่อท้ายบันทึกนี้ และต่อไปนี้เป็นบันทึกรวมเรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ” ฝ่ายหนึ่งกับประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ซึ่งต่อไปนี้เป็นโดย นางณัฐกฤตญา ภูโชคชัย ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ในฐานะ ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี ซึ่งต่อไปนี้เป็นบันทึกเรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงบันทึกข้อตกลงกันดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้รับผิดชอบโครงการตกลงจะดำเนินโครงการ/กิจกรรมต่อไปนี้

- โครงการระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดและภัยพิบัติ ตำบลนาดี ปี ๒๕๖๓

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดีได้ให้เงินอุดหนุน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้ายนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ตามหนังสือ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ ๒ หากผู้รับผิดชอบโครงการ ไม่ดำเนินการตามโครงการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการและหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่ การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม โดยผู้สนับสนุนโครงการมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่รับเงินจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย

/.....โดยมีเงื่อนไขดังนี้



โดยมีเงื่อนไขดังนี้

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  
กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด  
บันทึกนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมหนึ่งฉบับผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ  
ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

(นายสาคร ภูอาบอ่อน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง

(ลงชื่อ).....กรรมการ/ผู้ตรวจสอบโครงการ

(นางอภิญญาภรณ์ ภูโชคชัย )

กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ

(นางณัฐกรฤตญา ภูโชคชัย)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน ฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวศศิธร นระว้าง)

ฝ่ายผู้รับผิดชอบโครงการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางอภิญญาภรณ์ ภูโชคชัย )

ฝ่ายผู้สนับสนุนโครงการ