

# ฎีกาเบิกเงิน

## กองทุนสุขภาพตำบลอบต.นาดี

เลขที่ L0378.008/2563

วันที่ จัดทำ 22/01/2563

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) รพ.สต. บ้านโปแดง หมู่ที่ 3 จำนวนเงิน 40,200.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 40,200.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) ..... จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(นางสาวศิริดา นามวงศ์)

ตำแหน่ง..... 22 ส.ค. 2563

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และ<br/>ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้<br/>จำนวน 353,603.49 บาท</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย)<br/>(<u>นางสาวศิริดา นามวงศ์</u>)</p> <p>ตำแหน่ง..... <u>22 ส.ค. 2563</u></p> <p>วันที่ .....</p> | <p>เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น<br/>เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>ลงชื่อ.....<br/>(<u>น.อ. ชัยวัฒน์ ภูสิงห์</u>)</p> <p>หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย</p> <p>วันที่ .....</p> |
| <p>เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น<br/>เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>ลงชื่อ.....<br/>(<u>นางสาวศิริดา นามวงศ์</u>)</p> <p>ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น</p> <p>วันที่ .....</p>                                                                                 | <p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้<br/>จำนวนเงิน 40,200.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ.....<br/>(<u>นางสาวศิริดา นามวงศ์</u>)</p> <p>ผู้บริหารท้องถิ่น</p> <p>วันที่ .....</p>                                                    |
| <p>จ่ายเป็น Δ เชื้อชีวิตครอบครัว/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ<br/>Δ ทางธนาคาร</p> <p>ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ .....</p> <p>เลขที่เช็ค <u>12826890</u> ลงวันที่ .....</p> <p>จำนวนเงิน <u>40,200</u> บาท (.....)</p> <p>จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) <u>โรงพยาบาลบ้านโปแดง</u></p>              | <p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)<br/>(<u>นางสาวศิริดา นามวงศ์</u>)</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)<br/>(<u>น.อ. ชัยวัฒน์ ภูสิงห์</u>)</p> |

### หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ได้รับเงินจำนวน 40,200.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1)<br/>(<u>นางสาวศิริดา นามวงศ์</u>)</p> <p>ตำแหน่ง..... <u>นักวิชาการสาธารณสุข</u></p> <p>วันที่ .....</p> | <p>ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 40,200.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน<br/>(<u>น.อ. ชัยวัฒน์ ภูสิงห์</u>)</p> <p>ตำแหน่ง..... <u>22 ส.ค. 2563</u></p> <p>วันที่ .....</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



## บันทึกข้อความ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

ที่ กท ๗๕๗๐๐.๐๖/๐๔

วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินโครงการการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพตำบลนาดี ปี ๒๕๖๓

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

### เรื่องเดิม

ตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี โดยกองทุนมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ นั้น

### ข้อเท็จจริง

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ กองทุนฯ จึงขออนุมัติเบิกจ่ายเงินงบประมาณตามโครงการการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพตำบลนาดี ปี ๒๕๖๓ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### กิจกรรมติดตามประเมินผลผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในชุมชน

- ค่าอาหารกลางวันในการออกติดตามประเมินร้านชำปลอดยาปฏิชีวนะ  
ยาอันตราย ในตำบลนาดีร่วมกับภาคีเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับตำบล  
จำนวน ๑๕ คนๆ ละ ๕๐ บาท x ๓ วัน เป็นเงิน ๒,๒๕๐ บาท
  - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มในการออกติดตามประเมินร้านชำ  
ปลอดยาปฏิชีวนะ ยาอันตราย ในตำบลนาดีร่วมกับภาคีเครือข่ายคุ้มครอง  
ผู้บริโภค ระดับตำบล จำนวน ๑๕ คนๆ ละ ๕๐ บาท x ๓ วัน เป็นเงิน ๒,๒๕๐ บาท
  - ค่าวัสดุที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์โครงการ เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท
- รวมเป็นเงิน ๙,๕๐๐ บาท

#### กิจกรรมเฝ้าระวังสารเคมีและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเลือดเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง

- ค่าเอกสารแบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๑.๕๐๐ แผ่นๆ ละ ๑ บาท เป็นเงิน ๑,๕๐๐ บาท
  - ค่าชุดตรวจสารเคมีในเลือด จำนวน ๔ กล่องๆ ละ ๕๕๐ บาท เป็นเงิน ๒,๒๐๐ บาท
  - ค่าอาหารกลางวัน ผู้เข้าอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกษตรกรกลุ่ม  
ไม่ปลอดภัย จำนวน ๓๐ คนๆ ละ ๕๐ บาท x ๙ หมู่ เป็นเงิน ๑๓,๕๐๐ บาท
  - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ผู้เข้าอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกษตรกรกลุ่ม  
ไม่ปลอดภัย จำนวน ๓๐ คนๆ ละ ๕๐ บาท x ๙ หมู่ เป็นเงิน ๑๓,๕๐๐ บาท
- รวมเป็นเงิน ๓๐,๗๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๔๐,๒๐๐ บาท (สี่หมื่นสองร้อยบาทถ้วน)

ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

เพื่อให้การดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ เห็นควรพิจารณาอนุมัติให้เบิกจ่ายเงินงบประมาณตามโครงการดังกล่าว เป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๔๐,๒๐๐ บาท (สี่หมื่นสองร้อยบาทถ้วน) และแจ้งเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามระเบียบการเบิกจ่ายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)



(นางณัฏฐฤตญา ภูโชคชัย)

กรรมการ/เลขานุการกรรมการกองทุนฯ

ความเห็นของประธานกรรมการกองทุนฯ

☒ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ)



(นางณัฏฐฤตญา ภูโชคชัย)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ปฏิบัติหน้าที่

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี/ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี





ที่ กส.๐๒๓๒.๑๓/๑๓

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง  
ต.นาดี อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ๔๖๑๒๐

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

เพ็ชร์ นามานกลางทอง  
- เพื่อโปรดพิจารณา  
- ผอ.รพ.สต.บ้านปอแดง ขอรับ  
สิ่งที่ส่งมาด้วย งบประมาณ จาก กองทุนฯ  
เพื่อดำเนินการตามโครงการ เป็น  
จำนวนเงิน ๑๑๐,๔๐๐ บาท

ขอแสดงความนับถือ

(นายสาคร ภูอาบอ่อน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง

๒๐ ม.ค. ๖๓

รพ.สต.บ้านปอแดง

๐๔๓-๖๐๑๕๐๑

ดร. วรพจน์ ๒๗

๒๗/๑๑/๖๓

๒๗/๑๑/๖๓



ข้อกำหนดและเงื่อนไข

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

รหัสสาขา 0737

Branch Code

บัญชีเลขที่ 019732002692

Account No.

ชื่อสาขา สาขาโรตัสรี

Branch Name

รหัสโครงการ

Project Code

ชื่อบัญชี

Account Name

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อแดง

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดคู่ฝาก)

217386404



ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร  
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES  
ธนาคารของรัฐ

เล่มที่

000217386404



ผู้มีอำนาจลงนาม

Authorized Signature



กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลนาดี  
เลขที่รับ..... ๐๓  
๒๕ มกราคม ๒๕๖๓  
๑๓,๐๐ ไร่

ที่ กส.๐๒๓๒.๑๓/๑๓

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง  
ต.นาดี อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ๕๖๑๒๐

๒๐ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัญชีธนาคารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง

ตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดงได้ดำเนินการเขียนโครงการและเสนอขอรับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วนั้นโดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี เป็นเงิน ๑๑๐,๕๐๐ บาทจำนวน ๓ โครงการดังนี้ คือ

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

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนตำบลนาดีเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดำเนินงานตามโครงการให้กับประชาชนในพื้นที่นั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดงจึงขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี เป็นเงิน ๑๑๐,๕๐๐ บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสี่ร้อยบาทถ้วน) โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาโคกศรี ชื่อบัญชี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด บัญชีเลขที่ ๐๑๔๗๓๒๐๐๒๖๕๒ โดยมีรายละเอียดโครงการตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้จึงเรียนเสนอมายังท่านเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน ประธานกองทุนฯ  
- เพื่อโปรดพิจารณา  
- รพ.สต. บ้านปอแดง ขอรับ  
เงินสนับสนุน งบประมาณ จาก กองทุนฯ  
เพื่อดำเนินกิจกรรมโครงการ ปี  
จำนวน เป็น ๑๑๐,๕๐๐ บาท

ขอแสดงความนับถือ

(นายสาคร ภูอาบอ่อน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง

รพ.สต.บ้านปอแดง

๐๔๓-๖๐๑๕๐๑

๒๐ ม.ค. ๖๓

๒๐ ม.ค. ๖๓

๒๐/๑๓/๖๓





ข้อกำหนดและเงื่อนไข

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

รหัสสาขา 0737

Branch Code

บัญชีเลขที่ 019732002692

Account No.

ชื่อสาขา สาขาโคกศรี

Branch Name

รหัสโครงการ

Project Code

ชื่อบัญชี  
Account Name

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อแดง

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดฝาก)

217386404



ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร  
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES  
ธนาคารของรัฐ

เล่มที่

000217386404



ผู้มีอำนาจลงนาม  
Authorized Signature

16-03/61

## แบบเสนอแผนงานโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี

เรื่อง ขอเสนอโครงการการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพตำบลนาดีปี ๒๕๖๓

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลนาดี

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโปแตง มีความประสงค์จะทำโครงการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพตำบลนาดีปี ๒๕๖๓ โดยขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี เป็นเงิน ๔๐,๒๐๐ บาท (สี่หมื่นสองร้อยบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดโครงการดังนี้

### ส่วนที่ ๑: รายละเอียดโครงการ

#### ๑.วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด :

๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในด้านการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค
๒. เพื่อให้ประชาชนตำบลนาดีได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย
๓. เพื่อให้เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในตำบลนาดีได้รับการตรวจคัดกรองสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
๔. เพื่อสร้างความตระหนักในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร

#### ๒.วิธีดำเนินโครงการ:

๑. สร้างและพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารปลอดภัย
  - ๑.๑. ประชุมคณะทำงานระดับตำบล
  - ๑.๒. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
  - ๑.๓. สำรวจข้อมูลพื้นฐานงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารปลอดภัยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(ร้านอาหาร/แผงลอย/ก๋วยเตี๋ยว/ร้านขายของชำ)

๒. จัดทำสื่อ วัสดุอุปกรณ์ สื่อ สิ่งพิมพ์/ชุดตรวจผลิตภัณฑ์สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่
๓. พัฒนาศูนย์ให้คำปรึกษาและรับเรื่องราวร้องทุกข์ด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับตำบล

(ศูนย์เย็นใจ)

๔. เฝ้าระวังปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อ วิทยุกระจายเสียง
๕. เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (สถานพยาบาล, ร้านขายของชำ, ร้านอาหาร, แผงลอย ฯลฯ)

#### ๕.๑.อาหารสด

- สารบอแรกซ์
- สารกันรา
- สารฟอกขาว
- สารฟอร์มาลีน
- ยาฆ่าแมลง

#### ๕.๑.อาหารแปรรูป

- เส้นก๋วยเตี๋ยว/ก๋วยจั๊บ/ขนมจีน
- นมโรงเรียน - วัตถุอันตราย
- น้ำมันทอด
- เครื่องสำอาง

๖. เฝ้าระวังสารเคมีในเลือดเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดสารเคมีในเลือดเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง

๖.๑.สำรวจและขึ้นทะเบียนกลุ่มเป้าหมายในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเกษตรกรกลุ่ม อายุ ๑๕ - ๖๐ ปี,ผู้จำหน่ายผักสด ผลไม้และเนื้อสัตว์แปรรูป, ผู้จำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช,ผู้ปลูกผักเกษตรอินทรีย์

๖.๒.ประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมินความเสี่ยงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร



- ๖.๓.ตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ครั้งที่ ๑
- ๖.๔.ตรวจเลือดซ้ำครั้งที่ ๒ ในกลุ่มที่พบความไม่ปลอดภัยและสุ่มตรวจกลุ่มที่มีผลเลือดปลอดภัย
- ๖.๕.เปรียบเทียบผลเลือดระหว่างกลุ่มใช้และไม่ใช้สารเคมี
- ๖.๖.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มที่พบความไม่ปลอดภัย
๗. ติดตามประเมินผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในชุมชน
  - ๗.๑.สถานประกอบการ
  - ๗.๒.ร้านค้า
  - ๗.๓.ร้านยา
๘. พัฒนาระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพในชุมชน
  - ๘.๑.แต่งตั้งคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับตำบล
  - ๘.๒.ปรับปรุงฐานข้อมูลด้านการคุ้มครองผู้บริโภค สื่อวิทยุในชุมชน
๙. ขับเคลื่อนระบบทางสังคมและส่งเสริมให้เกิดการจัดการความรู้และนวัตกรรมสุขภาพ
  - ๙.๑.จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ “ชุมชนมีการพัฒนาไกลในการจัดการตนเอง”
  - ๙.๒.ค้นหานวัตกรรม/สื่อนวัตกรรม เพื่อให้เกิดกลไกการจัดการปัญหาด้วยตนเองในชุมชน
๑๐. สร้างสรรค์ต้นแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค
  - ๑๐.๑.พัฒนาผลงานเด่นด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่
  - ๑๐.๒.ถอดบทเรียน เพื่อสรุปผลและหาแนวทางการแก้ปัญหาต่อไป

๓.ระยะเวลาดำเนินงาน : ตุลาคม ๒๕๖๒ – กันยายน ๒๕๖๓

๔.สถานที่ดำเนินการ : เขตพื้นที่ตำบลนาดี

๕. งบประมาณ:

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี ๔๐,๒๐๐ บาท รายละเอียด ดังนี้

**๕.๑. กิจกรรมติดตามประเมินผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในชุมชน**

- ค่าอาหารกลางวันในการออกติดตามประเมินร้านค้าปลอดยาปฏิชีวนะ ยาอันตราย ในตำบลนาดี ร่วมกับภาคีเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับตำบลจำนวน ๑๕ คน ๆ ละ ๕๐ บาท x ๓ วัน เป็นเงิน ๒,๒๕๐ บาท
  - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มในการออกติดตามประเมินร้านค้าปลอดยาปฏิชีวนะ ยาอันตราย ในตำบลนาดีร่วมกับภาคีเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับตำบลจำนวน ๑๕ คน ๆ ละ ๕๐ บาท x ๓ วัน เป็นเงิน ๒,๒๕๐ บาท
  - ค่าวัสดุที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์โครงการ เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท
- รวมเป็นเงิน ๙,๕๐๐ บาท

**๕.๒. กิจกรรมเฝ้าระวังสารเคมีและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเลือดเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง**

- ค่าเอกสารแบบคัดกรองความเสี่ยง จำนวน ๑,๕๐๐ แผ่นๆละ ๑ บาท เป็นเงิน ๑,๕๐๐ บาท
  - ค่าชุดตรวจสารเคมีในเลือด จำนวน ๔ กล่องๆละ ๕๕๐ บาท เป็นเงิน ๒,๒๐๐ บาท
  - ค่าอาหารกลางวัน ผู้เข้าอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกษตรกรกลุ่มไม่ปลอดภัยจำนวน ๓๐ คน ๆ ละ ๕๐ บาท x ๙ หมู่ เป็นเงิน ๑๓,๕๐๐ บาท
  - อาหารว่างและเครื่องดื่ม ผู้เข้าอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกษตรกรกลุ่มไม่ปลอดภัยจำนวน ๓๐ คน ๆ ละ ๕๐ บาท x ๙ หมู่ เป็นเงิน ๑๓,๕๐๐ บาท
- รวมเป็นเงิน ๓๐,๗๐๐ บาท

รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๔๐,๒๐๐ บาท (สี่หมื่นสองร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยได้

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)

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง

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

ตมมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี ครั้งที่ ..... 1 / 2562 เมื่อวันที่  
11 พฤศจิกายน 2562 ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

☒ อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพตำบลนาดี  
ปี ๒๕๖๓ เป็นจำนวนเงิน ๔๐,๒๐๐ บาท (สี่หมื่นสองร้อยบาทถ้วน)

เพราะ .....

☐ ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี).....

☐ ให้งานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓)ภายในวันที่

(นางณัฐกฤตญา ภูโชคชัย)

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



บันทึกข้อตกลง  
การขอรับเงินจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่  
องค์การบริหารส่วนตำบลนาดี

เขียนที่ทำการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี  
วันที่ ๑๑ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดีโดย นายสาคร ภูอาบอ่อน ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบโครงการการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพตำบลนาดีปี ๒๕๖๓ ซึ่งมีรายชื่อท้ายบันทึกนี้ และต่อไปนี้เป็นบันทึกรวมเรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ” ฝ่ายหนึ่งกับประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ซึ่งต่อไปโดย นางณัฏฐกฤตญา ภูโชคชัย ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ในฐานะ ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดี ซึ่งต่อไปนี้เป็นบันทึกเรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงบันทึกข้อตกลงกันดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้รับผิดชอบโครงการตกลงจะดำเนินโครงการ/กิจกรรมต่อไปนี้

- โครงการการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพตำบลนาดีปี ๒๕๖๓

ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาดีได้ให้เงินอุดหนุน ๔๐,๒๐๐ บาท(สี่หมื่นสองร้อยบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้ายนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ตามหนังสือ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

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

/.....อัตราที่กฎหมาย

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

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมหนึ่งฉบับและผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

(นายสาคร ภูอาบอ่อน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโปแดง

(ลงชื่อ).....กรรมการ/ผู้ตรวจสอบโครงการ

(นางณัฏฐกฤตญา ภูโชคชัย)

กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ

(นางณัฏฐกฤตญา ภูโชคชัย)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี ปฏิบัติหน้าที่

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาดี/ประธานกรรมการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวศศิธร นระว้าง)

ฝ่ายผู้รับผิดชอบโครงการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางเพลินพิศ ภูกิ่งเงิน)

ฝ่ายผู้สนับสนุนโครงการ

เล่มที่ 080



**ใบเสร็จรับเงิน**

เลขที่ 91

ในราชการ รพ.สต.บ้านโป่งแดง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 24 เดือน ๗ พ.ค. ๒๕๖๕

พ.ศ. ๒๕๖๓

ได้รับเงินจาก บริษัท นาคี คอมพิวเตอร์ จำกัด ก่อทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของนายละเอียดดี

| รายการ                                        | จำนวนเงิน |
|-----------------------------------------------|-----------|
| - โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จำนวน ๑๓ | 40,200    |
|                                               |           |
| รวมบาท                                        | 40,200.-  |

จำนวนเงิน สี่หมื่นสองร้อยบาทถ้วน  
(ตัวอักษร)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

(พ.ศ. 61)

เล่มที่ กส. 001-500

รวมบาท  
บาท

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับเงิน

ตำแหน่ง นว. สภาเทศบาลฯ