**(แบบฟอร์มแผนการเงินประจำปี)**

**แผนการเงินประจำปีงบประมาณ.........**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล..................**

1.เงินคงเหลือยกมา จำนวน บาท

2.เงินโอนจาก สปสช. จำนวน บาท

3.เงินสมทบจาก อปท. จำนวน บาท

4.รายได้อื่นๆ จำนวน บาท

รวมเงิน จำนวน บาท

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10 (1)** | **10 (2)** | **10 (3)** | **10(4)** | **10 (5)** | **รวมเงิน** |
|  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ การคำนวณ 10 (4) ให้คิดจาก ข้อ 2-4 ไม่รวมเงินคงเหลือยกมา**

เรียน คณะกรรมการ เพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)...................................................................เลขานุการ

 (...................................................................)

เห็นชอบตามมติการประชุมคณะกรรมการครั้งที่.....................เมื่อวันที่.........................................................

(ลงชื่อ)...................................................................ประธานคณะกรรมการ

 (...................................................................)

**(แบบฟอร์มแผนโครงการประจำปี)**

**แผนโครงการประจำปีงบประมาณ.........**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล..................**

**งบประมาณตามแผนการเงินประจำปี**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10 (1)** | **10 (2)** | **10 (3)** | **10(4)** | **10 (5)** | **รวมเงิน** |
|  |  |  |  |  |  |

**โครงการตามแผนการเงินประจำปี**

**10 (1)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **โครงการ** | **หน่วยงาน** | **งบประมาณ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**10 (2)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **โครงการ** | **หน่วยงาน** | **งบประมาณ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**10 (3)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **โครงการ** | **หน่วยงาน** | **งบประมาณ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**10 (4)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **โครงการ** | **หน่วยงาน** | **งบประมาณ** |
|  | โครงการบริหารและเพิ่มประสิทธิภาพกองทุนสุขภาพตำบล ปี..... | สำนักเลขานุการกองทุน | **กรณี มีเงินกองทุนตำบลอย่างเดียว** (15% รายรับปี 62)**กรณี กองทุนตำบลและ LTC**  20% รายรับปี 62 ไม่รวมเงิน LTC)**กรณีไม่รับจัดสรร**ตั้งเท่ากับปีที่ผ่านมา |

**10 (5)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **โครงการ** | **หน่วยงาน** | **งบประมาณ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

เรียน คณะกรรมการ เพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)...................................................................เลขานุการ

 (...................................................................)

เห็นชอบตามมติการประชุมคณะกรรมการครั้งที่.....................เมื่อวันที่.........................................................

(ลงชื่อ)...................................................................ประธานคณะกรรมการ

 (...................................................................)