



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลคลองขุด

ที่ กองทุนฯ ๗๗/๒๕๖๑

วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลคลองขุด

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด

๑. เรื่องเดิม

ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ได้จัดงบประมาณไว้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ (ประเภทที่๔) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตามโครงการติดตามประเมินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ตั้งไว้ ๓๐,๐๐๐ บาท นั้น

๒. ข้อเท็จจริง

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด จึงขอเบิกเงินค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท ดังนี้

ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ ที่เข้าติดตามประเมินผลโครงการ ดังนี้

วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๑ (โครงการส่งเสริมสุขภาพในเด็กศูนย์การศึกษาพิเศษ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑) คณะกรรมการกองทุนฯ และคณะอนุกรรมการ เข้าติดตามประเมินผลโครงการ จำนวน ๓ ท่าน

- | | |
|---------------------------|------------------|
| ๑. นางดารา ลีละหุด | เป็นเงิน ๒๐๐ บาท |
| ๒. นางสมจิตร จันทร์สุวรรณ | เป็นเงิน ๒๐๐ บาท |
| ๓. นางเกษรรงค์ สารบัญญัติ | เป็นเงิน ๒๐๐ บาท |

วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๑ (โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและโรคไข้ปวดข้อยุ้งลาย ปี ๒๕๖๑) คณะกรรมการกองทุนฯ และคณะอนุกรรมการ เข้าติดตามประเมินผลโครงการ จำนวน ๓ ท่าน

- | | |
|---------------------------|------------------|
| ๑. นางดารา ลีละหุด | เป็นเงิน ๒๐๐ บาท |
| ๒. นายณรงค์ วาริรัตน์ | เป็นเงิน ๒๐๐ บาท |
| ๓. นางเกษรรงค์ สารบัญญัติ | เป็นเงิน ๒๐๐ บาท |

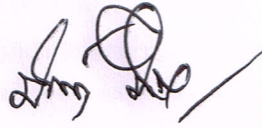
๓. ข้อพิจารณา/ข้อเสนอ

- ๓.๑ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินตามข้อ ๒
- ๓.๒ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายธีระ จันทร์ทองพูน)

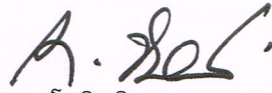
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

/นายนันต์...



(นายนันต์ ปิริยะ)
ปลัดเทศบาลตำบลคลองขุด

พิจารณาแล้ว อนุมัติ ไม่อนุมัติ.....



(นายโชติ ชินอรรถพร)
นายกเทศมนตรีตำบลคลองขุด



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๐ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางดารา.....ลีละหุด.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๘๐.....หมู่ที่.....๔.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่...๘๙๑..หมู่ที่..๖..ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการส่งเสริมสุขภาพในเด็กศูนย์การศึกษาพิเศษ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสตูล)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ).....*ดารา ลีละหุด*.....ผู้รับเงิน

(นางดารา ลีละหุด)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....*นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ*.....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๒๐ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๐ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางสมจิตร...จันทร์สุวรรณ.....อยู่บ้านเลขที่.....๔๙๘.....หมู่ที่.....๗.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันคุณภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่..๘๙๑..หมู่ที่..๖..ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันคุณภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการส่งเสริมสุขภาพในเด็กศูนย์การศึกษาพิเศษ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสตูล)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ).....
ผู้รับเงิน

(นางสมจิตร จันทร์สุวรรณ)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันคุณภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....
ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๒๐ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....


ใบสำคัญรับเงิน

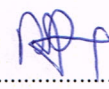
วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางเกศวรางค์..... สารบัญญัติ.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๔๑.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....บ้านควน.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่...๘๙๑..หมู่ที่...๖...ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการส่งเสริมสุขภาพในเด็กศูนย์การศึกษาพิเศษ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสตูล)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)
หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข
วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑