



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลคลองขุด

ที่ กองทุนฯ พว /๒๕๖๑

วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลคลองขุด

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด

๑. เรื่องเดิม

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ได้พิจารณาเห็นชอบ ตามโครงการประชุมคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นเงิน ๑๘๔,๙๐๐ บาท สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นโครงการประเภทที่ ๔ นั้น

๒. ข้อเท็จจริง

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด จึงขอเบิกเงินค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ เป็นเงิน ๔๐๐ บาท ดังนี้

ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ ที่เข้าติดตามประเมินผลโครงการ ดังนี้

วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๑ (โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลคลองขุด) คณะกรรมการกองทุนฯ และคณะอนุกรรมการ เข้าติดตามประเมินผลโครงการ จำนวน ๒ ท่าน

๑. นายน้อม ชูเกื้อ เป็นเงิน ๒๐๐ บาท

๒. นางสาวขวัญเรือน โอชเสน เป็นเงิน ๒๐๐ บาท

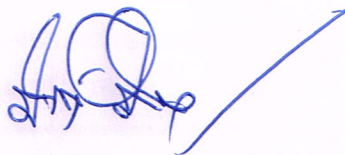
๓. ข้อพิจารณา/ข้อเสนอ

๓.๑ เห็นควรอนุมัติจ่ายเงินตามข้อ ๒

๓.๒ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายธีระ จันทร์ทองพูน)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม



(นายนันต์ ปิริยะ)
ปลัดเทศบาลตำบลคลองขุด

พิจารณา แล้ว () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ.....



(นายโชติ ชินอรรถพร)
นายกเทศมนตรีตำบลคลองขุด

(นายโชติ ชินอรรถพร)
นายกเทศมนตรีตำบลคลองขุด



เลขที่.....


ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๖ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นายน้อย.....ชูเกื้อ.....อยู่บ้านเลขที่.....๕๔.....หมู่ที่.....๒.....ตำบล.....คลองขุด.....อำเภอ.....
เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ที่อยู่
หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลคลองขุด) โดย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลคลองขุด	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(.....นายน้อย.....ชูเกื้อ.....)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....

วันที่ ๑๖ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๒ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางสาวขวัญเรือน..โอชเสน...อยู่บ้านเลขที่..... ๓๖๔/๙.....หมู่ที่๑.....ตำบล.....คลองขุด....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลคลองขุด) โดย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลคลองขุด	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....ขวัญเรือน.....ผู้รับเงิน

(.....นางสาวขวัญเรือน..โอชเสน.....)

คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....เกศวรางค์ สารบัญญัติ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....

วันที่ ๑๒ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑