

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

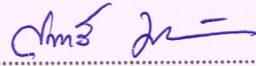
31 พ.ค. 2561

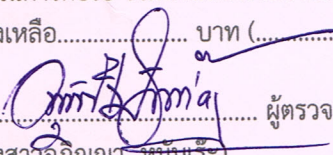
ที่ ..... /2561.....

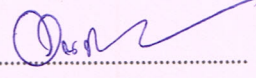
วันที่.....

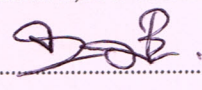
เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

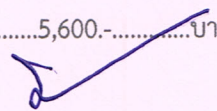
ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ได้อนุมัติโครงการพัฒนาศักยภาพบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ปีงบประมาณ 2561 ให้แก่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.อุเดเจริญ จำนวน .....-..... บาท นั้น กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีความประสงค์จะส่งใช้เงินยืมโครงการดังกล่าว เป็นเงิน 5,600.- บาท และส่งใช้เป็นเงินสด เป็นเงิน 2,000.- บาท จาก นางสาวศิริ อนันตะพงษ์

ลงชื่อ .....  ..... ผู้ขอเบิก  
( นางสาวศิริ อนันตะพงษ์ )  
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน  
รักษาการแทน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ..... บาท (.....)  
ลงชื่อ .....  ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ  
(นางสาวอภิญญา ทมโนระ)  
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน  
วันที่ 31 พ.ค. 2561

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน .....5,600.-..... บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
( นางอนิสรา ทวาสโก )  
ผู้อำนวยการกองคลัง  
วันที่ 31 พ.ค. 2561

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ..... 5,600.-..... บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
( นายชจรพงศ์ มีขำ )  
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ  
วันที่ 31 พ.ค. 2561

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน.....5,600.-.....บาท  
ลงชื่อ.....  .....  
( นายพรภิรมย์ คมขำ )  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ  
วันที่ 31 พ.ค. 2561

จ่ายเป็น Δ เงินสด Δ เช็ค  
ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ .....  
เลขที่เช็ค.....-..... ลงวันที่ .....  
จำนวนเงิน .....-..... บาท (.....)  
จ่ายให้ .....

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร  
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)  
(.....)  
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)  
(.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... บาท  
ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1)  
( ..... )  
วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ..... บาท  
ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน  
( ..... )  
ตำแหน่ง .....  
วันที่.....

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

## บันทึกข้อความ

สำนักงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ อำเภอ ควนกาหลง จังหวัดสตูล ๙๑๑๓๐  
ที่ กองทุนฯ / ๒๕๖๑ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงิน เพื่อจ่ายเป็นค่าส่งใช้เงินยืมค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ  
ตามโครงการพัฒนาศักยภาพบริหารจัดการกองทุนฯ อบต.อุเดเจริญ

เรียน ประธานกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

### เรื่องเดิม

ด้วยในวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ มีความจำเป็นที่ต้องจ่ายเงิน เป็นค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อพิจารณาแผนงาน/โครงการเข้าแผนงาน กองทุนฯ และเพื่อขอสันับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินงานกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตามโครงการ เพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ประเภทที่ ๔ เป็นเงิน ๗,๖๐๐.- (เจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน)

### ข้อเท็จจริง

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ จึงขอส่งใช้เงินยืมตามโครงการ เพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นเงิน ๕๖๐๐.- บาท (ห้าพันหกร้อยบาทถ้วน) และส่งใช้เป็นเงินสด เป็นเงิน ๒๐๐๐.- บาท จาก นางสาวตรี อนันตะพงษ์

### ระเบียบ

ตามระเบียบเงินกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ พ.ศ. ๒๕๕๗ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การกำหนดค่าตอบแทนกรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงาน หรือผู้ดำเนินงานหมวด ๗ ข้อ ๒๖ (๑)

### ข้อเสนอ/พิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ หากเห็นชอบโปรดลงนามในเอกสารที่เสนอมาร่วมนี้

(นางสาวตรี อนันตะพงษ์)

จพง.สาธารณสุขชำนาญงาน รักษาราชการแทน  
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

(นายจรพงศ์ มีข้า)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

-อนุมัติ

(นายพรภิรมย์ คมข้า)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ





เล่มที่.....1.....

เลขที่.....15/๗.....

### ใบเสร็จรับเงิน

วันที่.....๓1.....เดือน.....พฤษภาคม.....พ.ศ.....25๖1.....

กองทุนหลักประกันสุขภาพ .....อบต. อุไรรัตน์.....เลขที่.....หมู่ที่ 1.....  
ตำบล.....อุไรรัตน์.....อำเภอ.....ควนกาหลง.....จังหวัด.....สตูล.....  
ได้รับเงินจาก.....นางสาววิตรี สอนัดดาพงษ์.....ที่อยู่.....168 หมู่ 14.....  
.....ตำบลท่าหมื่น.....อำเภอเขาชะเมา.....จังหวัดสงขลา.....  
ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
รับเงินคืนเบี้ยประกันสุขภาพกรมกองทุนฯ เป็นเงิน	2,000 - -
บาท	2,000 - -

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (..... - ๒,๐๐๐ - ๐๐๐ บาทถ้วน - .....) )

ลงชื่อ.....  
(นางสาวอภิญญา หมั่นรัมย์)  
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

สัญญาการยืม

เลขที่ ๖ / ๖1

ยื่นต่อ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุเฒริญ

วันครบกำหนด

ข้าพเจ้า นางสาววิตรี อนันตะพงษ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

สังกัด กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จังหวัด สตูล

มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเฒริญ

เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย เงินยืมตรงจ่าย ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ ในการประชุมวันที่ ๓๐ พฤษภาคม 2561

ยืมเงินตรงจ่าย ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ โครงการพัฒนาศักยภาพบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. อุเฒริญ ค่าเบี้ยประชุม จำนวน 19 คน ๆ ละ 400 บาท

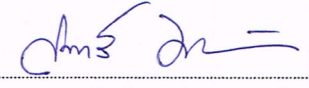
- ค่าเบี้ยประชุม

7,600.-

(ตัวอักษร) (-เงินเจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน-)

7,600.-

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงิน คือ ภายใน \_\_\_\_\_ วัน นับแต่วันที่ได้รับเงินยืมนี้ ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับจากทางราชการชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที

ลายมือชื่อ  ผู้ยืม

วันที่ 31 พ.ค. 2561

(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เสนอ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุเฒริญ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน 7,600.00 บาท

(ลงชื่อ) 

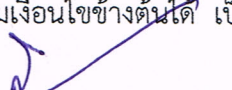
วันที่ 31 พ.ค. 2561

(นางอนิสรา ทวาสโก)

ผู้อำนวยการกองคลัง

คำอนุมัติ

อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นจำนวนเงิน 7,600.00 บาท (-เงินเจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน-)

(ลงชื่อ) 

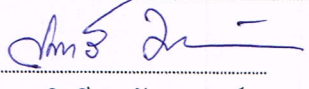
วันที่ 31 พ.ค. 2561

(นายพรภิรมย์ คมขำ)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุเฒริญ

ใบรับเงิน

ได้รับเงินยืมจำนวน 7,600.00 บาท (-เงินเจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน-) ไปเป็นการถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) 

ผู้รับเงิน 31 พ.ค. 2561 วันที่

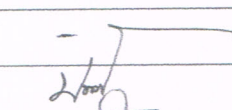
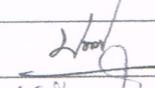
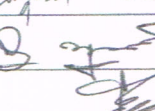
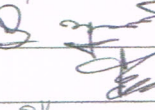
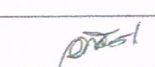
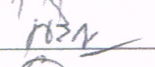
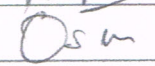
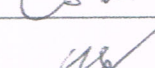
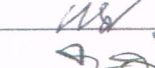
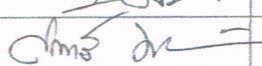
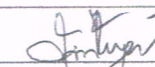
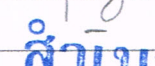
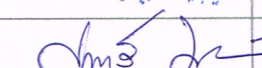
(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน



รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ  
ครั้งที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

วันพุธ ที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสภาองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนกาหลง	-	
๒.	สาธารณสุขอำเภอควนกาหลง	-	
๓. นายพรภิรมย์ คมขำ	ประธานกรรมการ		
๔. นายประคิน สังข์แก้ว	รองประธานกรรมการ		
๕. นางสุรศรีสวัสดิ์ ศิริหิงค์โค	ผอ.รพ.สต. บ้านฝั่ง๓๔	ผอ.รพ.สต. บ้านฝั่ง๓๔	
๖. นางสาวสิริ บุษบกพิพัชญ์	ผอ.รพ.สต. อุเดเจริญ	ผอ.รพ.สต. อุเดเจริญ	(แทน.)
๗. นายจุลี พูลสวัสดิ์	กรรมการ		
๘. นายสุนันท์ พรหมอินทร์	กรรมการ		
๙. นางประเทือง แดงแย้ม	กรรมการ	นางประเทือง แดงแย้ม	
๑๐. นายเสรี เตชะวันโต	กรรมการ	-	
๑๑. นางสาวกัญญนุช น้อยกุด	กรรมการ	นางสาวกัญญนุช น้อยกุด	
๑๒. นายนที ชูทอง	กรรมการ	-	
๑๓. นางอภิสรารัตนวรรณ	กรรมการ		
๑๔. นางจุจตุติ แสงเพชร	กรรมการ	นางจุจตุติ แสงเพชร	
๑๕. นายเจริญ สีนวลอินทร์	กรรมการ		
๑๖. นางอภิรดี ทองเต็ม	กรรมการ		
๑๗. นายยาหอด หลิ่งเมือง	กรรมการ		
๑๘. นายขจรพงศ์ มีขำ	เลขานุการ		
๑๙. นางสาววิตรี อนันตะพงษ์	ผู้ช่วยเลขานุการ		
๒๐. นางสาวสุนิสา แกสमान	นักวิชาการสาธารณสุข		ว่าง
๒๑. นางสาวสุกัญญา ยังสมัน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ		-
๒๒.		<b>ตำแหน่งว่าง</b>	
๒๓.			
๒๔.		(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)	
๒๕.		เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการแทน	
๒๖.		ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	
๒๗.			