

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบลลพ

ที่ ๐๐๖/๒๕๖๐

วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลลพ

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบลลพ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม หนูน้อยสุขภาพดี ตำบลลพ ปี๒๕๖๐ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน รพ.สต. ตำบลลพ จำนวน ๔๐,๒๐๐.๐๐ บาท (สี่หมื่นสองร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน รพ.สต. ตำบลลพ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน ๔๐,๒๐๐.๐๐ บาท (สี่หมื่นสองร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางนงนุช ยงโย จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก

(นางนงนุช ยงโย)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลพ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๖๖๓,๙๑๕.๑๓ บาท (หกแสนหกหมื่นสามพันเก้าร้อยสิบห้าบาทสิบสามสตางค์)

ลงชื่อ _____

(นางสาวพานะ เตชะ)

ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ

วันที่ 21 มิ.ย. 2560

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย

จำนวน ๔๐,๒๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____

(นางสาวอุทัย หะมะ)

หัวหน้าหน่วยงานคลัง

วันที่ 21 มิ.ย. 2560

เรียน นายก เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๔๐,๒๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____

(นายอนุมาน แวกาจิ)

รองปลัดเทศบาล รักษาการแทน ปลัดเทศบาลตำบลลพ

วันที่ 21 มิ.ย. 2560

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน ๔๐,๒๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____

(นายอัศวรชเช เตชะแอ)

นายก เทศมนตรีตำบลลพ

วันที่ 21 มิ.ย. 2560

จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดโครม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท) Δ ทางธนาการ

ธนาการ เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

บัญชีเลขที่ ๐๑๐๖๑๒๔๗๕๕๒๓

เลขที่เช็ค ๑๖๖๒๙๖๐๘ ลงวันที่ 21 มิ.ย. 2560

จำนวนเงิน ๔๐,๒๐๐.๐๐ บาท (สี่หมื่นสองร้อยบาทถ้วน)

จ่ายให้ นางนงนุช ยงโย

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาการ

ลงชื่อ _____

(นายอัศวรชเช เตชะแอ)

นายกเทศมนตรีตำบลลพ

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ _____

(นายอนุมาน แวกาจิ)

รองปลัดเทศบาล รักษาการแทน ปลัดเทศบาลตำบลลพ

ผู้มีอำนาจลงนาม

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๔๐,๒๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____

(นางสาวอุทัย หะมะ)

ผู้รับเงิน (๑)

ตำแหน่ง _____

ลงชื่อ _____

(นางสาวอุทัย หะมะ)

ผู้รับเงิน (๒)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๔๐,๒๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____

(นางสาวอุทัย หะมะ)

ผู้จ่ายเงิน

ตำแหน่ง _____

วันที่ 21 มิ.ย. 2560

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ
หมายเหตุ ...

บันทึกข้อตกลง
 การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ
 เทศบาลตำบลบало

เขียนที่.....เทศบาลตำบลบало.....

วันที่ ๑๙ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐

บันทึกนี้ทำขึ้นเพื่อข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบало อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบало โดยมี นางนงนุช ยวงโย ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการหนุนยสุขภาพ ตำบลบало ปี ๒๕๖๐ เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินการโครงการฯ ที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบало อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่งกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบалоโดย นายอัฒลอรอเซะ เตะแอะ ในฐานะ ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบало ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกันดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑. ผู้รับผิดชอบโครงการ ตกลงจะดำเนินการจัด โครงการหนุนยสุขภาพ ตำบลบало ปี ๒๕๖๐ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “โครงการ” ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบало อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ได้ให้เงินอุดหนุนให้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบало เป็นเงิน ๔๐,๒๐๐ (สี่หมื่นสองร้อยบาทถ้วน) เพื่อดำเนินงานตามโครงการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบало อำเภอรามัน จังหวัดยะลา และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ ๒. หากผู้รับผิดชอบโครงการ ไม่ดำเนินการตามโครงการ หรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการวัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนดไว้ในโครงการ เว้นแต่ การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการ ยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้อุดหนุนโครงการ โดยผู้อุดหนุนโครงการไม่ต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดแก่ผู้อุดหนุนโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการ ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด แต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้อุดหนุนโครงการ รวมทั้งยินยอมให้ผู้อุดหนุนโครงการดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการที่ได้รับอนุมัติ
๒. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ที่ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม

๔. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานดังกล่าว ให้ส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อ
ดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มต่อไป


๕. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ รายงานผลการดำเนินงานพร้อมภาพถ่ายการดำเนินงาน ให้กองทุน
หลักประกันสุขภาพตำบลบало อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ทราบ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุน
กำหนด

๖. งบประมาณที่อุดหนุนโครงการเป็นงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบало อำเภอรามัน
จังหวัดยะลา กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของ
กองทุน ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด


๗. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการแต่งตั้งกรรมการรับเงิน มารับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
บало อำเภอรามัน จังหวัดยะลา

บันทึกนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการหนึ่ง
ฉบับผู้อุดหนุนโครงการหนึ่งฉบับ


ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อ
ไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..........ผู้รับผิดชอบโครงการ
(นางนงนุช ยวงใย)

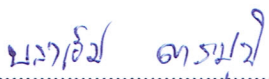
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบало

(ลงชื่อ)..........ผู้อุดหนุนโครงการ
(นายอับดุลรอเซ เดะแอ)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบало

(ลงชื่อ)..........พยาน
(นายจารุเสน ดอฆอมูเซ๊ะ)

กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบало

(ลงชื่อ)..........พยาน
(นายบราเฮ็ม ดาระบุปี)

กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบало

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลบาลอ.....

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการหนุนน้อยสุขภาพดี ตำบลบาลอ ปี 2560.....

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลบาลอ.....

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ)โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาลอ..... มีความประสงค์
จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการหนุนน้อยสุขภาพดี ตำบลบาลอ ปี 2560.....

ในงบประมาณ2560..... โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลบาลอ.....

..... เป็นเงิน 40,200.00..... บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ดังนี้

ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ในเรื่องของวัคซีน/เกณฑ์อายุ/ฤทธิ์ข้างเคียงของวัคซีน/การดูแลหลังได้รับวัคซีน
2. เพื่อให้เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคครบชุดตามเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
3. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้สามารถประเมินพัฒนาการเด็กและกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้สมวัย
4. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแลสุขภาพสุขภาพช่องปากของเด็ก

2. วิธีดำเนินการ

1. จัดเวทีเสวนาเรื่องวัคซีน พัฒนาการเด็ก ฟัน
2.
3.
4.
5.

3. ระยะเวลาดำเนินการ

..... กุมภาพันธ์ 2559 – สิงหาคม 2560.....

4. สถานที่ดำเนินการ

.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาลอ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา.....

5. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลบาลอ.....

จำนวน 40,200.00..... บาท รายละเอียด ดังนี้

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - ค่า.....อาหารกลางวัน (300 คน x 75 บาท) | เป็นเงิน 22,500.00..... บาท |
| - ค่า.....อาหารว่างและเครื่องดื่ม (300 คน x 50 บาท) | เป็นเงิน 15,000.00..... บาท |
| - ค่า.....ตอบแทนวิทยากร(ภายนอก) (3 ชม. x 300 ชม. x 3วัน) | เป็นเงิน 2,700.00..... บาท |
| - ค่า..... | เป็นเงิน บาท |
| - ค่า..... | เป็นเงิน บาท |

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ปกครองมีความรู้ในเรื่องของวัคซีน/เกณฑ์อายุ/ฤทธิ์ข้างเคียงของวัคซีน/การดูแลหลังได้รับวัคซีน.....
2. เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคครบชุดตามเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90.....
3. ผู้ปกครองมีความรู้สามารถประเมินพัฒนาการเด็กและกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้สมวัย.....
4. ผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแลสุขภาพสุขภาพช่องปากของเด็ก.....

7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการ
จำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

7.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)
ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ..โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาลอ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา.....

- 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- 7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- 7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- 7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

- 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]
- 7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]
- 7.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]
- 7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]
- 7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)

- 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- 7.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน
- 7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ
- 7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- 7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- 7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- 7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
 - 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
 - 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
 - 7.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ)

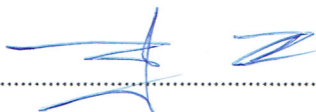
- 7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
 - 7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 7.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 7.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 7.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - 7.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - 7.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - 7.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ)

- 7.4.3 กลุ่มเด็กวัยรุ่นและเยาวชน
 - 7.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 7.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 7.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 7.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - 7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - 7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 - 7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - 7.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ)

- 7.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
 - 7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 7.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 7.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 7.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 7.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
 - 7.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
 - 7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
 - 7.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ)

- 7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
 - 7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 7.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 7.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
 - 7.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ)

- 7.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]
 - 7.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ  ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
(นางนงนุช ยวงใย)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาลอ

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อบท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....เทศบาลตำบลนาหวาย.....
ครั้งที่ 2 / 2560 เมื่อวันที่ 1 มี.ค. 60 ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน 40,200 บาท
เพราะ เป็นโครงการที่ส่งเสริมให้เด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3) ภายในวันที่

ลงชื่อ ame

(นายอัปสุรชเชษฐ์ ดงอ)

ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีตำบลนาหวาย

วันที่-เดือน-พ.ศ. - 1 มี.ค. ๒๕๖๐

