

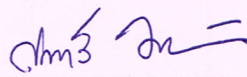
กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

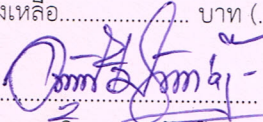
ที่ /2564.....

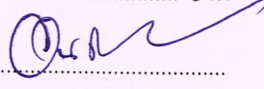
วันที่ 17 ต.ค. 2560


เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

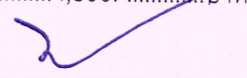
ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ได้อนุมัติโครงการเพิ่มทุนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุเดเจริญ ปีงบประมาณ 2560 ให้แก่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.อุเดเจริญ จำนวน.....- บาท นั้น กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีความประสงค์จะส่งใช้เงินยืมโครงการดังกล่าว เป็นเงิน 4,800.- บาท และส่งใช้เป็นเงินสด เป็นเงิน 1,600.- บาท จาก นางสาวศิริ อนันตะพงษ์

ลงชื่อ  ผู้ขอเบิก
(นางสาวศิริ อนันตะพงษ์)
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน
รักษาการแทน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ..... บาท (.....)
ลงชื่อ  ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ
(นางสาวอนิสรา ทวาสีโก)
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
วันที่ 17 ต.ค. 2560

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 4,800.- บาท
ลงชื่อ 
(นางสาวอนิสรา ทวาสีโก)
ผู้อำนวยการกองคลัง
วันที่ 17 ต.ค. 2560

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวน 4,800.- บาท
ลงชื่อ 
(นายอลงกรณ์ เนียมละอง)
รองปลัด อบต. รักษาการแทน
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ
วันที่ 17 ต.ค. 2560

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน..... 4,800.- บาท
ลงชื่อ 
(นายพรภิรมย์ คมขำ)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ
วันที่ 17 ต.ค. 2560

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
องค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ

บันทึกข้อความ

สำนักงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ อำเภอ ควนกาหลง จังหวัดสตูล ๙๑๑๓๐
ที่ กองทุนฯ / ๒๕๖๑ วันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๐
เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงิน เพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยืมค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ตามโครงการเพิ่มพูน
พัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนฯ อบต.อุโตเจริญ
เรียน ประธานกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ

เรื่องเดิม

ด้วยในวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๐ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ มีความจำเป็นต้องจ่ายเงิน เป็นค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อพิจารณาโครงการ/กิจกรรมเข้า แผนงาน/โครงการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และอนุมัติเข้าแผนงานงบประมาณกองทุนประจำปี ๒๕๖๑ ตามโครงการเพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโตเจริญ ประเภทที่ ๔ เป็น เงิน ๖,๔๐๐บาท (หกพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

ข้อเท็จจริง

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ จึงขอส่งใช้เงินยืมตามโครงการ เพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุโตเจริญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นเงิน ๔,๘๐๐.- บาท (สี่พันแปดร้อยบาทถ้วน) และส่งใช้เป็นเงินสด จำนวน ๑,๖๐๐.- บาท (หนึ่งพันหกร้อยบาทถ้วน)

ระเบียบ

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

ข้อเสนอ/พิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ หากเห็นชอบโปรดลงนามในเอกสารที่เสนอมาพร้อมนี้

(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

จพง.สาธารณสุขชำนาญงาน รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

(นายอลงกรณ์ เนียมละออ)

รองปลัด อบต. รักษาราชการแทน
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ


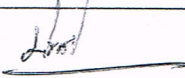
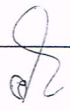
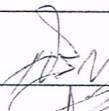
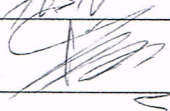
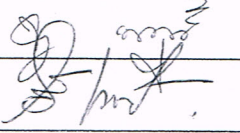
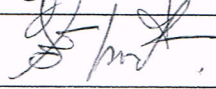

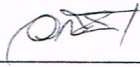
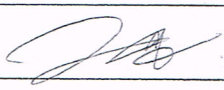
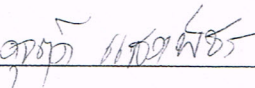
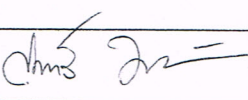
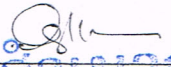
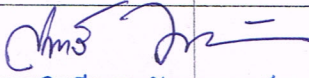
- อนุมัติ -

(นายพรภิรมย์ คมขำ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุโตเจริญ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ
ครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสภาองค์การบริหารส่วนตำบลอุเดเจริญ

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ที่อยู่	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑.	-	สาธารณสุขอำเภอควนกาหลง	-	
๒.	-	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนกาหลง	-	
๓.	นายพรภิรมย์ คมขำ	ประธานกรรมการกองทุนฯ		
๔.	นายประคิน สังข์แก้ว	ผู้ทรงคุณวุฒิ		
๕.	นางสีปตรี บุชบงกัไพฑูรย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุเดเจริญ	-	
๖.	นางสุศรีสวัสดิ์ ศิริหิงค์โค	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝั่ง ๓๔	นางสุศรีสวัสดิ์ 	๐๘๖ ๙๖๗๒๙/๓
๗.	นายเจริญ สีนวลอินทร์	กรรมการ		๐๘๙๙๗๔๗๒๒๖
๘.	นายสุนันท์ พรหมอินทร์	กรรมการ		๐๙๖-๒๘๗๕๗๖๕
๙.	นายจตุดี พูลสวัสดิ์	กรรมการ		๐๘๙-๖๕๗๒๓๖๖
๑๐.	นายเสรี เตชะวันโต	กรรมการ		๐๙๐-๘๘๒๗๕๐๙
๑๑.	นายนที ชูทอง	กรรมการ		
๑๒.	นางอภิสรารัตน์ นววรรณ	กรรมการ		๐๘๔๗๔๘๔๙๔๐
๑๓.	นางประเทือง แดงแย้ม	กรรมการ	-	
๑๔.	นางสาวกัญณนุช น้อยกุด	กรรมการ		๐๘๕-๑๖๑๓๐๒๙
๑๕.	นางดุจฤดี แสงเพชร	กรรมการ	ดุจฤดี แสงเพชร 	๐๙๑-๕๙๒๗๔๔๒
๑๖.	นายขจรพงศ์ มีขำ	กรรมการและเลขานุการฯ	-	
๑๗.	นางสาววิตรี อนันตะพงษ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ		
๑๘.	นายประจักษ์ ไร่ปราง	นักวิชาการสาธารณสุข		๐๙๒๕๙๑ ๘๓๙๗.
๑๙.			ตำแหน่งผู้ช่วยเลขานุการฯ	
๒๐.				

(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการแทน
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม



เล่มที่...1.....

เลขที่...1/61.....

ใบเสร็จรับเงิน

วันที่...17...เดือน...ตุลาคม...พ.ศ...2560.....

กองทุนหลักประกันสุขภาพอบต. อุดมเจริญ..... เลขที่...-..... หมู่ที่...1.....

ตำบล...อุดมเจริญ..... อำเภอ...ควนกาหลง..... จังหวัด...สตูล.....

ได้รับเงินจาก.....นางสาววิตรี...อนันต์ประเสริฐ..... ที่อยู่...168...หมู่ที่ 14.....

.....ต. ำเภอ.....อ. เทพา.....จ. สงขลา.....

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รับคืนเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพ คณะกรรมการกองทุนฯ อบต. อุดมเจริญ เป็นเงิน	1600	-
บาท	1600	-

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (.....หนึ่งพันหกร้อยบาทถ้วน.....)

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน
(นางสาวอภิญญา...หมั่นเร๊ะ)
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

สัญญาการยืม

ยื่นต่อ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุไ้เจริญ

เลขที่ 1 / 61

วันครบกำหนด

ข้าพเจ้า นางสาววิตรี อนันตะพงษ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
สังกัด กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จังหวัด สตูล

มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุไ้เจริญ
เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย เงินยืมทดรองจ่าย ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ ในการประชุมวันที่ 16 ตุลาคม 2560

ยืมเงินทดรองจ่าย ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ โครงการเพิ่มพูนพัฒนาศักยภาพและบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพ อบต. อุไ้เจริญ ค่าเบี้ยประชุม จำนวน 16 คน ๆ ละ 400 บาท


- ค่าเบี้ยประชุมกรรมการกองทุนฯ (จำนวน 16 คนฯ ละ 400)

6,400.-

(ตัวอักษร) (-เงินหกพันสี่ร้อยบาทถ้วน-)

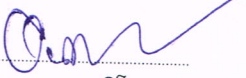
6,400.-

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงิน
เหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงิน คือ ภายใน วัน นับแต่วันที่ได้รับเงินยืมนี้
ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงจะ
ได้รับจากทางราชการชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที

ลายมือชื่อ  ผู้ยืม
(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน


วันที่ 12 ต.ค. 2560

เสนอ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุไ้เจริญ
ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน 6,400.00 บาท

(ลงชื่อ) 
(นางอนิตรา ทวาสโก)
ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่ 12 ต.ค. 2560

อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นจำนวนเงิน 6,400.00 บาท (-เงินหกพันสี่ร้อยบาทถ้วน-)

(ลงชื่อ) 
(นายพรภริมย์ คมขำ)

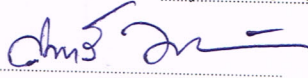
วันที่ 12 ต.ค. 2560

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอุไ้เจริญ

ใบรับเงิน

ได้รับเงินยืมจำนวน 6,400.00 บาท

(-เงินหกพันสี่ร้อยบาทถ้วน-) ไปเป็นการถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) 
(นางสาววิตรี อนันตะพงษ์)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ผู้รับเงิน 12 ต.ค. 2560 วันที่