

**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโพสูง  
อำเภอตำบองชัย จังหวัดเลย**

---

เรื่อง ขอเสนอโครงการ”ส่งเสริมสุขภาพในเด็กปฐมวัย หนูน้อยสมาร์ทคิดส์ (ยิ้มสวยฟันใส)”  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัวฝาย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโพสูง

ด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัวฝาย มีความประสงค์จะจัดทำโครงการ”ส่งเสริมสุขภาพในเด็กปฐมวัย หนูน้อยสมาร์ทคิดส์ (ยิ้มสวยฟันใส)” ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัวฝาย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ด้วยความเจริญทางด้านเทคโนโลยีความทันสมัยทำให้เด็กในยุคนี้เป็นเด็กที่ติดกับการบริโภคนิยม ทั้งทางด้านวัตถุ สิ่งของ อาหาร เด็กส่วนมากมักบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์เช่น ขนมขบเคี้ยว ทอฟฟี่ ช็อคโกแลต ขนมหวานต่างๆ การที่รับประทานอาหารเหล่านี้เข้าไปจะทำให้มีปัญหาเรื่องฟันผุ ซึ่งปัญหานี้ มักเกิดขึ้นกับเด็กปฐมวัยเป็นส่วนมาก การที่จะปลูกฝังให้เด็กรักการแปรงฟันนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ ปัญหาฟันผุลดน้อยลง การที่เด็กจะปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอต้องมีแรงจูงใจหรือการกระทำร่วมกันเป็นกลุ่ม ดังนั้นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัวฝาย จึงจัดทำโครงการนี้ขึ้น โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน หลักประกันสุขภาพตำบลโพสูง เป็นเงิน ๙,๘๖๕.- บาท โดยมีรายละเอียด แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ ๑: รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**๑.วัตถุประสงค์ / ตัวชี้วัด**

- ๑.๑. เพื่อส่งเสริมให้จัดทำโครงการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารเที่ยงเสร็จของเด็กปฐมวัย
- ๑.๒. เพื่อให้เด็กปฐมวัยรู้จักรักษาความสะอาดภายในช่องปากและฟัน
- ๑.๓. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่ม การเรียนรู้ของเด็กร่วมกับเพื่อน
- ๑.๔. เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพฟันที่แข็งแรง
- ๑.๕. เพื่อให้เด็กปฐมวัยดูแลสุขภาพของตัวเอง

**เป้าหมาย**

- (๑) ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๓๐ คน ประกอบด้วย
  - ๑) เด็กปฐมวัย จำนวน ๑๕ คน
  - ๒) ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จำนวน ๑๕ คน

**๒. ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ**

- ๒.๑ จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติ
- ๒.๒ ประชุมชี้แจงและนำเสนอโครงการต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโพสูง
- ๒.๓ ประชุมชี้แจงประสานงานกับคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อมอบหมายหน้าที่การทำงาน
- ๒.๔ จัดเตรียมวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินโครงการ
- ๒.๕ ดำเนินงานโครงการ”ส่งเสริมสุขภาพในเด็กปฐมวัย หนูน้อยสมาร์ทคิดส์ (ยิ้มสวยฟันใส)”
- ๒.๖ สรุป และประเมินผลและรายงานผลการจัดโครงการ

/๓.ระยะ...

### ๓. ระยะเวลาการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

### ๔. สถานที่ดำเนินงาน

ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัวฝาย ตำบลโพนสูง อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย

### ๕. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโพนสูง อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย จำนวน ๙,๘๖๕.- บาท (เก้าพันแปดร้อยหกสิบบาทถ้วน) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดโครงการ " ส่งเสริมสุขภาพในเด็กปฐมวัย หนูน้อยสมารถคิดส์ (ยิ้มสวยฟันใส)" ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัวฝาย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- |   |                    |
|---|--------------------|
| ๑. ค่าจ้างเหมาประกอบอาหารกลางวัน ๑ มื้อๆละ ๕๐ บาท x ๓๐ คน                   | เป็นเงิน ๑,๕๐๐ บาท |
| ๒. ค่าจ้างเหมาประกอบอาหารว่าง ๒ มื้อๆละ ๒๕ บาท x ๓๐ คน x ๒ มื้อ             | เป็นเงิน ๑,๕๐๐ บาท |
| ๓. ค่าวิทยากร จำนวน ๒ คนๆละ ๓ ชั่วโมงๆ ละ ๖๐๐ บาท                           | เป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท |
| ๔. ค่าจัดทำป้ายไวนิลโครงการฯ ขนาด กว้าง ๑.๕ เมตร ยาว ๓ เมตร<br>จำนวน ๑ ป้าย | เป็นเงิน ๕๔๐ บาท   |
| ๕. ค่าชุดอุปกรณ์ในการดำเนินการตามโครงการ                                    | เป็นเงิน ๒,๗๒๕ บาท |
| - แปรงสีฟันเด็ก จำนวน ๑๕ ตำแหน่งๆละ ๓๕ บาท                                  | เป็นเงิน ๕๒๕ บาท   |
| - ยาสีฟันเด็ก จำนวน ๑๕ หลอดๆละ ๓๕ บาท                                       | เป็นเงิน ๕๒๕ บาท   |
| - แก้วน้ำ จำนวน ๑๕ แก้วๆละ ๒๐ บาท   | เป็นเงิน ๓๐๐ บาท   |
| - ผ้าขนหนู จำนวน ๑๕ ผืนๆละ ๒๕ บาท   | เป็นเงิน ๓๗๕ บาท   |
| - ชั้นวางเก็บแก้วน้ำและแปรงสีฟัน<br>จำนวน ๑ อันๆละ ๑,๐๐๐ บาท                | เป็นเงิน ๑,๐๐๐ บาท |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๙,๘๖๕ บาท

หมายเหตุ : ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายได้ตามความเหมาะสม

### ๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑.๑.จัดทำโครงการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารเที่ยงเสร็จของเด็กปฐมวัย
- ๑.๒.เด็กปฐมวัยรู้จักรักษาความสะอาดภายในช่องปากและฟัน
- ๑.๓.เกิดการรวมกลุ่ม การเรียนรู้ของเด็กร่วมกับเพื่อน
- ๑.๔.เด็กปฐมวัยมีสุขภาพฟันที่แข็งแรง
- ๑.๕.เด็กปฐมวัยดูแลสุขภาพของตนเอง

/๗.สรุปแผน...

### ๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการ  
 จำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ

พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗) ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ..... ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองอุมลิว.....

- ๗.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.  
 ๗.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล  
 ๗.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.  
 ๗.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่มีใช้หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
 ๗.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

๗.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

- ๗.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]  
 ๗.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กร ประชาชน/  
 หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]

- ๗.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)]  
 ๗.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]  
 ๗.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]

๗.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคฯ

พ.ศ.๒๕๕๗)

- ๗.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด  
 ๗.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน  
 ๗.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน  
 ๗.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน  
 ๗.๓.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ  
 ๗.๓.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง  
 ๗.๓.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ  
 ๗.๓.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาระเสี่ยง

๗.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- ๗.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด  
 ๗.๔.๑.๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดหาทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ  
 ๗.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง  
 ๗.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด  
 ๗.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม ให้ความรู้  
 ๗.๔.๑.๕. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
 ๗.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม  
 ๗.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก  
 ๗.๔.๑.๘. อื่นๆ (ระบุ) .....

- ๗.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ๗.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๗.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๗.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ๗.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ๗.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
  - ๗.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
  - ๗.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
  - ๗.๔.๒.๘ อื่นๆ (ระบุ) .....
- ๗.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- ๗.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๗.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๗.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ๗.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ๗.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
  - ๗.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
  - ๗.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ ไม่พร้อม
  - ๗.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  - ๗.๔.๓.๙ อื่นๆ (ระบุ)
- ๗.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน
- ๗.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๗.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๗.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ๗.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ๗.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
  - ๗.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
  - ๗.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ ไม่พร้อม
  - ๗.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  - ๗.๔.๔.๙ อื่นๆ (ระบุ) .....
- ๗.๔.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ๗.๔.๕.๑.๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๗.๔.๕.๑.๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๗.๔.๕.๑.๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ๗.๔.๕.๑.๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ๗.๔.๕.๑.๕. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
  - ๗.๔.๕.๑.๖. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

- ๗.๔.๕.๑.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๗.๔.๕.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ) .....
- ๗.๔.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง
- ๗.๔.๕.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๗.๔.๕.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๔.๕.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๗.๔.๕.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๗.๔.๕.๒.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง
- ๗.๔.๕.๒.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ๗.๔.๕.๒.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๗.๔.๕.๒.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- ๗.๔.๕.๒.๙ อื่นๆ (ระบุ) .....
- ๗.๔.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- ๗.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๗.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๗.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๗.๔.๖.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ๗.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ๗.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๗.๔.๖.๘ อื่นๆ (ระบุ) .....
- ๗.๔.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๗.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๗.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๗.๔.๗.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- ๗.๔.๗.๖ อื่นๆ (ระบุ) .....

ลงชื่อ ..... ผู้เขียนแผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม  
(นางวารภรณ์ โสประดิษฐ์)

ตำแหน่ง ครู

ลงชื่อ ..... ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม  
(นายวิเชียร ประสมทรัพย์)

ตำแหน่ง หัวหน้าสถานศึกษา

..... ๑๒ / มีนาคม / ๒๕๖๔ .....

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลง  
รายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....  
ครั้งที่ ๒ / ๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๕ พ.ค. ๒๕๖๕ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/  
กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๑,๘๖๕.- บาท  
เพราะ .....

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ๑,๘๖๕.- บาท  
เพราะ .....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี).....  
.....  
.....

ให้อายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายใน  
วันที่ .....

ลงชื่อ ..... (นายวิเชียร หงษ์สมบูรณ์)

..... (ผู้อำนวยการส่วนตำบล ปฏิบัติหน้าที่)

ตำแหน่ง .....  
.....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อ  
เสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .....

๑. ผลการดำเนินงาน

.....  
.....  
.....  
.....

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ .....

.....

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ..... บาท คิดเป็นร้อยละ.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ..... บาท คิดเป็นร้อยละ.....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

.....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

.....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....

**บันทึกข้อตกลง**  
**การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**  
**กองทุนสุขภาพตำบลอบต.โพนสง**

เขียนที่ กองทุนฯ

วันที่ 9 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนฯ ระหว่าง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัวฝาย โดย...นายวิเชียร ประสมทรัพย์...ในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ซึ่งต่อไปใน บันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับกองทุนฯ โดย นายวิเชียร ประสมทรัพย์ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสง ปฏิบัติหน้าที่ นายองค์การบริหารส่วนตำบลโพนสง ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/แผนการดำเนิน ของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการอุดหนุนเงิน จำนวน 9,865.00 บาท (เก้าพันแปดร้อยหกสิบบาทถ้วน)

เงื่อนไขการจ่ายเงิน .....งวดเดียว..... โดยมีเงื่อนไขการจ่ายดังต่อไปนี้

ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

- (1) โครงการ/กิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- (2) แบบบันทึกข้อตกลง ต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน

ประกอบด้วย

- (2.1) รายละเอียดโครงการ เช่น รายละเอียดตามโครงการที่แนบมาพร้อมนี้ เป็นต้น
- (2.2) รายละเอียดการจ่าย (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) งวดเดียว เมื่อลงนามในข้อตกลงแล้ว
- (2.3) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
- (2.4) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน สิ่งต้องส่งได้แก่  
หลักฐานทางการเงิน และเงินเหลือจ่ายจากโครงการถ้ามี



ข้อ 2 หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมโดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด นับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
  2. การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
  3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
  4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ
  5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนฯ กำหนด
  6. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนฯ กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด
- บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม  
( นายวิเชียร ประสมทรัพย์ )

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม  
( นายวิเชียร ประสมทรัพย์ )  
ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

# ฎีกาเบิกเงิน

## กองทุนสุขภาพตำบลอบต. โพนสูง

เลขที่ L4766.013/2564

วันที่ จัดทำ 10/06/2564

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อบต. โพนสูง

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัวฝาย จำนวนเงิน 9,865.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 9,865.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัวฝาย..... จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก

(..... นายวุฒิชัย กุลรัตน์.....)

ตำแหน่ง..... ประธานคณะกรรมการด้านกาบริหารจัดการและการดำเนินา.....

|  |  |
|--|--|
| ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และ<br>ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้<br>จำนวน 63,190.33 บาท<br>ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ<br>(..... นายสมชาติ สุขเจริญ.....)<br>ตำแหน่ง..... คณะทำงานด้านการเงินและการบัญชี.....<br>วันที่..... 10 มิถุนายน 2564.....                       | เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น<br>เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น<br>ลงชื่อ.....<br>(..... นางสาวอรัญญา เนติบุตร.....)<br>ประธานคณะกรรมการด้านการเงินและการบัญชี<br>วันที่..... |
| เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น<br>เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น<br>ลงชื่อ.....<br>(..... นายวิเชียร ประสมทรัพย์.....)<br>เลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อบต. โพนสูง<br>วันที่.....  | อนุมัติให้เบิกจ่ายได้<br>จำนวนเงิน 9,865.00 บาท<br>ลงชื่อ.....<br>(..... นายวิเชียร ประสมทรัพย์.....)<br>ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อบต. โพนสูง<br>วันที่.....                |
| จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ<br>Δ ทางธนาคาร<br>ธนาคาร..... ธ.ก.ส..... บัญชีเลขที่..... 000820096560.....<br>เลขที่เช็ค..... 33526590..... ลงวันที่..... 10 มิ.ย. 2564.....<br>จำนวนเงิน 9,865.00 บาท (.....ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน.....)<br>จ่ายให้..... ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหัวฝาย..... | ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร<br>ลงชื่อ.....<br>(..... นายราชัน เมฆาราช.....)<br>ลงชื่อ.....<br>(..... นายวิเชียร ประสมทรัพย์.....)  |

### หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

|   |   |
|---|---|
| ได้รับเงินจำนวน 9,865.00 บาท<br>ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1)<br>(.....)<br>ตำแหน่ง.....<br>วันที่..... | ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 9,865.00 บาท<br>ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน<br>(..... นางสาวอรัญญา เนติบุตร.....)<br>ตำแหน่ง..... หัวหน้าคณะกรรมการด้านการเงิน.....<br>วันที่..... 16 มิ.ย. 64..... |
|---|---|

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



เล่มที่ 1/2564

# ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 8

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บ้านห้วยป่า...

หมู่ที่ 2 ตำบล โพนสูง อำเภอ ตำบข่าย จังหวัด ชลช

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 099 4001016569

วันที่ 16 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ชลช. โพนสูง (เงินช่วยเหลือ)

เป็นค่า เงินอุดหนุน ส่งเสริมสุขภาพในเด็กปฐมวัย ของโรงเรียนสตรี

จำนวนเงิน 9,865 บาท - สตางค์ ห้าพันแปดร้อยหกสิบบาทถ้วน

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว.

ลงชื่อ *Paul*

(นางวราภรณ์ โสภะดิษฐ์)

ตำแหน่ง: เจ้าหน้าที่การชงน