



แบบรายงานผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากที่ ๑๕๑.๑

กองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลเมืองเขารูปช้าง
วันที่ 27.๓.๖๖ เวลา. ก. 3๓

กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง

เรื่อง ขอรายงานผล โครงการดูแลบุคคลที่มีปัญหาการกลั่นแกล้งและปัสสาวะเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง

ด้วย ศูนย์ฟื้นฟูสภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเมืองเขารูปช้าง ขอรายงานผลการจัดโครงการดูแลบุคคลที่มีปัญหาการกลั่นแกล้งและปัสสาวะเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง เป็นเงิน 172,000.- บาท (หนึ่งแสนเจ็ดหมื่นสองพันบาทถ้วน) ตามรายละเอียด ดังนี้

ชื่อโครงการ/กิจกรรม โครงการดูแลบุคคลที่มีปัญหาการกลั่นแกล้งและปัสสาวะเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1. ผลการดำเนินงาน

1.1 ลงพื้นที่สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั่นแกล้งปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ฯ และเป็นผู้ด้อยโอกาสในเขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง โดยทีมสหวิชาชีพ พบกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม จำนวน 49 คน

1.2 จัดประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินงานโครงการฯ และพิจารณากลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมกับโครงการ ในวันอังคาร ที่ 8 สิงหาคม 2566 ณ ห้องประชุมคชคีรี ชั้น 5 อาคารเทศบาลเมืองเขารูปช้าง

1.3 จัดหาผ้าอ้อมสำเร็จรูปตามกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 49 คน รายละเอียดดังนี้

ลำดับ	รายละเอียด	ความต้องการ (คน)	จำนวนผ้าอ้อม/แผ่นรองซับ (ชิ้น)	หมายเหตุ
1	ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ ขนาด M	17	2,650	
2	ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ ขนาด L	29	4,558	
3	ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ ขนาด XL	3	423	
4	แผ่นรองซับสำหรับผู้ใหญ่	3	160	
รวม			7,791	

1.4 นำส่งผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 49 คน สำหรับใช้ในระยะเวลา 53 วัน ๆ ละ 3 ชิ้น ตามรายละเอียดดังนี้

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	จำนวนความต้องการ			
		ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ (ชิ้น)			แผ่นรองซับ (ชิ้น)
		ขนาด M	ขนาด L	ขนาด XL	
1	นายวันชายแดน จันทร์	106	-	-	53
2	นายนิพนธ์ รัตนคำ	-	106	-	53
3	นางนิตยา สามโกเศศ	-	159	-	-

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	จำนวนความต้องการ			
		ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ (ชิ้น)			แผ่นรองขับ (ชิ้น)
		ขนาด M	ขนาด L	ขนาด XL	
4	นางแดง โลหิตชาติ	-	-	105	54
5	น.ส.สุปราณี มุสิกพงศ์	-	159	-	-
6	นางเหยา ขำเกิด	159	-	-	-
7	นางสาวกรพินธุ์ สุรัสวดี	159	-	-	-
8	นางสายใจ จันทร์จะนะ	159	-	-	-
9	นางฉายเลียน แทนสุวรรณ	-	159	-	-
10	นางฉลาด แซ่โฮ้	-	159	-	-
11	นายชูเกียรติ เครือตราชู	-	-	159	-
12	นายอาทิตย์ คงบัว	-	159	-	-
13	นายรพีพัฒน์ เรืองศรี	-	159	-	-
14	นางสุนีย์ ห่อเพชร	-	159	-	-
15	นางอารีย์ ทองชุม	-	159	-	-
16	นางนิตา แก้วสกุล	-	159	-	-
17	นายประยูร จันทร์โชติ	159	-	-	-
18	น.ส.อมร บุญศิริ	-	159	-	-
19	นางถัน กาญจนโชติ	159	-	-	-
20	นายสุภชัย รักซ้อน	159	-	-	-
21	นางอุไร คชกาญจน์	159	-	-	-
22	นางวิชา สุวรรณชาติ	159	-	-	-
23	นายสุทิพย์ ส.พึงภิญโญ	-	159	-	-
24	นางยวง สัมภาระวาริ	159	-	-	-
25	นางเยื้อน มานะขำนิ	159	-	-	-
26	นายสุรพล บำรุงรักษ์	-	159	-	-
27	นางบัววน นิลปักข์	159	-	-	-
28	น.ส.กฤษณา วรเลิศชัยฤทธิ์	-	159	-	-
29	นางหนูแดง วรเลิศชัยฤทธิ์	-	159	-	-
30	นายนิติ เพียรเจริญ	-	-	159	-
31	นางรัศมี แซ่ตัน	159	-	-	-
32	นางระเบียบ รอดแก้ว	159	-	-	-
33	นาย พงษ์ศักดิ์ นิสโร	-	159	-	-

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	จำนวนความต้องการ			
		ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ (ชิ้น)			แผ่นรองขับ (ชิ้น)
		ขนาด M	ขนาด L	ขนาด XL	
34	ด.ช.สุทธินัย จองเตน	159	-	-	-
35	นายเถลิง นัยภิญโญ	-	159	-	-
36	นางละออง คงประดิษฐ์	-	159	-	-
37	นางตาคำ ท่าดีสม	-	159	-	-
38	นางห้อง สัจจร	-	159	-	-
39	นางจรรยาพร บุญยะวันตั้ง	-	159	-	-
40	นางกุศล เดชเส็ง	-	159	-	-
41	นายเลียน มนตรี	-	159	-	-
42	นางสุมล บุญนวล	-	159	-	-
43	นางอารี ไคลคล้าย	-	159	-	-
44	นางภักดิ์ บุญสร้าง	-	159	-	-
45	นางสุภา เงามนุรักษ์	-	159	-	-
46	นายไชยยุทธ รัตนสังข์	-	159	-	-
47	นายณรงค์ ไชยชนะ	159	-	-	-
48	นายสุชัย ยิ่งให้ผล	159	-	-	-
49	นายสรรพวุฒิ รัตนวิบูลย์	-	159	-	-
รวม		2,650	4,558	423	160

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจาก.....

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการ/กิจกรรม

2.2.1 การลงพื้นที่สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ฯ และเป็นผู้ด้อยโอกาสในเขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง โดยทีมสหวิชาชีพ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 60 คน

2.2.2 จัดประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินงานโครงการฯ และพิจารณากลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมกับโครงการ ในวันอังคาร ที่ 8 สิงหาคม 2566 ณ ห้องประชุมคชศิริ ชั้น 5 อาคารเทศบาลเมืองเขารูปช้าง มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 30 คน

2.2.3 การนำส่งผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้กับกลุ่มเป้าหมาย มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 79 คน

3.การประเมินผลโครงการ/กิจกรรม (ตามเป้าหมายตัวชี้วัด)

3.1 บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและมีค่าคะแนน (ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูปเพิ่มเติม ร้อยละ 60

3.2 บุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และเป็นผู้ด้อยโอกาสได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป ร้อยละ 100

4. การเบิกจ่ายงบประมาณ (รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้าย 1)

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	172,000.- บาท	
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	140,094.- บาท	คิดเป็นร้อยละ 81.45
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ	31,906.- บาท	คิดเป็นร้อยละ 18.55

5. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) เนื่องจากการดำเนินโครงการฯ อยู่ในช่วงไตรมาสสุดท้ายของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จึงทำให้ต้องเร่งการดำเนินการจัดสรรผ้าอ้อมสำเร็จรูปและแผ่นรองขับให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ที่อาจทำให้มีการเบิกจ่ายและจัดสรรผ้าอ้อมสำเร็จรูปและแผ่นรองขับช้าช้อนกับงบประมาณอื่น ๆ ได้ และความครอบคลุมของประชากรกลุ่มเป้าหมายโครงการฯ ที่อาจไม่ครอบคลุมทั่วทั้งเขตรับผิดชอบของเทศบาลเมืองเขารูปช้างเท่าที่ควร.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองเขารูปช้าง

เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา

แจ้งให้บุคลากรฯ ของเทศบาลเมืองเขารูปช้าง

จัดสรรผ้าอ้อมสำเร็จรูปและแผ่นรองขับ

ตามจำนวนที่แจ้งให้ทราบ

โดยด่วนที่สุด

ขอแสดงความนับถือ

นายบุญเลิศ แก้วเอียด

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ดำเนินการตามเสนอ

(นายบรรดาเดช คำทับรัมย์)
นายกเทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นายธนรัตน์ ตูละธนะ)

รองประธานคณะกรรมการบริหารศูนย์ฟื้นฟูสภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเมืองเขารูปช้าง
วันที่ 18 ต.ค. 2566

- ขอรับรองว่า ส.ส.ร. ส.ร. ทพ. ดำเนินการ

(นางเมธาวี ทองนวลจันทร์)
หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

เห็นควรดำเนินการตามเสนอ

นางเมธาวี ทองนวลจันทร์
หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข
เทศบาลเมืองเขารูปช้าง

รายงานค่าใช้จ่ายโครงการดูแลบุคคลที่มีปัญหาการกลั่นแกล้งและปัสสาวะเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์

ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ลำดับ	รายการ	รับ	จ่าย	คงเหลือ	หมายเหตุ
1	รับเงินโครงการดูแลบุคคลที่มีปัญหาการกลั่นแกล้งและปัสสาวะเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	172,000.00		172,000.00	
2	ค่าอาหารกลางวันและเครื่องดื่ม และอาหารว่างและเครื่องดื่มในการจัดประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินงานโครงการฯ และพิจารณากลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมกับโครงการ		4,500.00	167,500.00	
3	ค่าประเมิน ADL กลุ่มเป้าหมายโครงการ จำนวน 49 คน		2,450.00	165,050.00	
4	ค่าจัดซื้อผ้าอ้อมสำเร็จรูปและแผ่นรองขับ		127,104.00	37,946.00	
5	ค่าวัสดุอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการ		5,000.00	32,946.00	
6	ค่าสื่อประชาสัมพันธ์		1,040.00	31,906.00	
7	คืนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง		31,906.00	0.00	

ลงชื่อ.....*พิชญภา*.....ผู้รายงาน

(นางสาวพิชญภา สาวิชชโก)

เลขานุการ/กรรมการ

วันที่..... 18 ต.ค. 2566

หมายเหตุ เอกสารหลักฐานที่ต้องแนบเพิ่มเติม

1. สำเนาใบสำคัญรับเงิน/ใบเสร็จรับเงิน/สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของร้าน
2. สำเนาทะเบียนรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ
3. ภาพกิจกรรมโครงการ/กิจกรรม
4. กรณีมีเงินคงเหลือโครงการ ให้สำเนาหลักฐานการคืนเงินเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง

เล่มที่ 7

เลขที่ 13



ใบเสร็จรับเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง
ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

ได้รับเงิน เงินคืนโครงการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาการกลั่นปัสสาวะ

และอุจจาระเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

จาก ศูนย์ฟื้นฟูสภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเมืองเขารูปช้าง

เป็นเงิน 31,906.00 บาท (ตัวอักษร) (สามหมื่นหนึ่งพันเก้าร้อยหกบาทถ้วน)

ไว้ถูกต้องแล้วตั้งแต่วันที่ 26 ตุลาคม 2566



ผู้รับเงิน

(นางเมธาวี ทองนวลจันทร์)

ตำแหน่ง

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

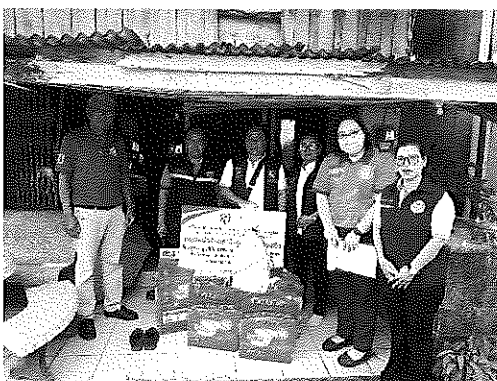
จัดประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินงานโครงการฯ และพิจารณากลุ่มเป้าหมาย
ที่เหมาะสมกับโครงการ ในวันอังคาร ที่ 8 สิงหาคม 2566
ณ ห้องประชุมคชศิรี ชั้น 5 อาคารเทศบาลเมืองเขารูปช้าง



YV6AJZ

(นางสาวพิชญากา สาทิชชโก)
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

กิจกรรมส่งมอบผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 49 คน



พิชญากา

(นางสาวพิชญากา สารีชชโก)
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

กิจกรรมส่งมอบผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 49 คน



จ.วิเชษฐ.
(นางสาวพิชญากา สาวิชชโก)
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ



กล้องข่าว

เล่มที่ BOOK NO. 79

เลขที่ BILL NO. 93

238/38 ซ.กาญจนวนิช 63 ต.เขารูปช้าง อ.เมือง จ.สงขลา 90000 โทร. 086-289-7011

บิลเงินสด CASH SALES

วันที่ DATE: 8 / ๑๓ / ๖๖

นามลูกค้า CUSTOMER: ๗๖๖๕ ฟิล์ม ฟิล์ม และ บิลด์อัพกล้องข่าว ๗๖๖๕ ๗๖๖๕

เลขประจำตัวประชาชน ๗๖๖๕ ๑๕๖๖ ๗๖๖๕

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

ที่อยู่ ADDRESS: ๗๖๖๕ ๗๖๖๕ ๗๖๖๕ ๗๖๖๕

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	สต./Stg.
๑๐	กล้องข่าว ๗๖๖๕	๘๐	๘๐๐	-
รวมเงิน		TOTAL	๘๐๐	-

ผู้รับเงิน RECEIVED BY: (นางจตุพร ภูมิ) ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ

ตำแหน่ง

นางสาวพิชญาภา สารีชโช
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

เลขที่ _____

ศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการเมืองเขารูปช้าง
ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 12 ก.ย. 2566

ข้าพเจ้า นางทรงนุปลา ผลทาเลิศ

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____
ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ได้รับเงินจากศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเมืองเขารูปช้าง ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1	ค่าประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 20 ฉบับ	1,000	
รวมเป็นเงิน		1,000	

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน
(นางทรงนุปลา ผลทาเลิศ)

ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
(นายธนรัตน์ ตูละธณ)

รองนายกเทศมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
ประธานศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพและพัฒนาคูณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง เมืองเขารูปช้าง

สำเนาถูกต้อง

หมายเหตุ : ให้แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับเงินพร้อมลงนามสำเนาถูกต้องในครั้งแรก

นางสาวพิชญดา สามีชโช
(นางสาวพิชญดา สามีชโช)

ศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการเมืองเขารูปช้าง
ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ _____ 12 ก.ย. 2566

ข้าพเจ้า นายอนุชา ชื่นสุวรรณ

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____
ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ได้รับเงินจากศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเมืองเขารูปช้าง ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1	ค่าประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 3 ฉบับ	150	
	รวมเป็นเงิน	150	

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (หนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน
(นายอนุชา ชื่นสุวรรณ)

ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
(นายธนรัตน์ ตุละธนะ)

รองนายกเทศมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
ประธานศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง เมืองเขารูปช้าง

หมายเหตุ : ให้แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับเงินพร้อมลงนามสำเนาถูกต้องในครั้งแรก

สำเนาถูกต้อง
นางสาวพิชญภา สวัสดิโก
(นางสาวพิชญภา สวัสดิโก)

เลขที่ _____

ศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการเมืองเขารูปช้าง

ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 12 ก.ย. 2566

ข้าพเจ้า นางจรีรัตน์ กังพานิช

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

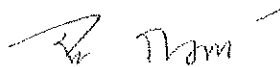
ได้รับเงินจากศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเมืองเขารูปช้าง ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1	ค่าประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 20 ฉบับ	1,000	
	รวมเป็นเงิน	1,000	

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)

(หนึ่งพันบาทถ้วน)

ลงชื่อ



ผู้รับเงิน

(นางจรีรัตน์ กังพานิช)

ลงชื่อ



ผู้จ่ายเงิน

(นายธนรัตน์ ตูละชน)

รองนายกเทศมนตรี ปฏิบัติราชการแทน

ประธานศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเมืองเขารูปช้าง

ผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง เมืองเขารูปช้าง

สำเนาถูกต้อง

หมายเหตุ : ให้แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับเงินพร้อมลงนามสำเนาถูกต้องในครั้งแรก



(นางสาวพิชยาภา สาวิชไค)

เลขที่ _____

ศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการเมืองเขารูปช้าง
ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ _____

12 ก.ย. 2566

ข้าพเจ้า นางพรพิศ เวชศาสตร์

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____
ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ได้รับเงินจากศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเมืองเขารูปช้าง ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1	ค่าประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 6 ฉบับ	300	
	รวมเป็นเงิน	300	

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)

(

สามร้อยบาทถ้วน

)

ลงชื่อ _____



ผู้รับเงิน

(นางพรพิศ เวชศาสตร์)

ลงชื่อ _____



ผู้จ่ายเงิน

(นายธนรัตน์ ตุละธณ)

รองนายกเทศมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
ประธานศูนย์ฟื้นฟูสภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง เมืองเขารูปช้าง

สำเนาถูกต้อง

หมายเหตุ : ให้แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับเงินพร้อมลงนามสำเนาถูกต้องในครั้งแรก



(นางสาวพิชญาภา สาริชโชก)



บริษัท ชัตนภัทร เมดิคอล แอนด์ เทคโนโลยี จำกัด
 CHATNAPHAT MEDICAL AND TECHNOLOGY CO., LTD.
 สำนักงานใหญ่ : 115 ซ.โพธิพงษ์มาตุทิศ ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
 OFFICE : 434 ถ.นิพัทธ์สงเคราะห์ 5 ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
 โทร.088-7907882 E-mail : chatnaphat.medical@gmail.com
 เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี : 0-9055-66001-09-4

ต้นฉบับ

ใบเสร็จรับเงิน

ลูกค้า ศูนย์ฟื้นฟูสภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ เลขที่ใบเสร็จ REC2023-090018
 เมืองเขารูปช้าง

ที่อยู่ หมู่ที่ 10 ต.เขารูปช้าง อ.เมือง จ.สงขลา 90000 วันที่

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0-9940-00580-62-2 ผู้ออกเอกสาร 003 - กมลวรรณ คำศรี

NO	เลขที่ใบกำกับ	วันที่	อัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม	จำนวนเงิน	ยอดคงค้าง	ยอดชำระ
1	CMT2023/08-0020		-	127,104.00	-	127,104.00
				รวม		127,104.00
				ส่วนลด		-
				รวมเป็นเงิน		127,104.00
				ราคาก่อนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%		118,788.79
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%		8,315.21
พียงแสดงของหมอนเข็ดฟันหมอนรองคอสีขาวยาวก่อน				รวมเงินทั้งสิ้น		127,104.00

การชำระเงินด้วยเช็คจะสมบูรณ์เมื่อบริษัทรับเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว

เงินสด
 เช็คธนาคาร _____ เช็คเลขที่ _____ ลงวันที่ ____/____/____ จำนวนเงิน _____
 เช็คธนาคาร _____ เช็คเลขที่ _____ ลงวันที่ ____/____/____ จำนวนเงิน _____

ผู้รับเอกสาร พิชัย ๑๓

ผู้รับเงิน สิริลักษณ์ เตมียะนะ

วันที่ (.....)
/15 ก.ย. 2566 /

วันที่ (นางสาวสิริลักษณ์ เตมียะนะ)
/ /

สำเนาออกด้วย

 (นางสาวสิริลักษณ์ เตมียะนะ)
 (นางสาวพิชญภา สาริชาโก)

ห้างหุ้นส่วนจำกัด ปรีนทรการค้า Parintornkarnkha Limited Partnership

เลขที่ 12 ถนนสะเดา ตำบลปออย่าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0903539001338
Tel.074-312636 074-441220 Fax.074-322958

ใบเสร็จรับเงิน
ต้นฉบับ

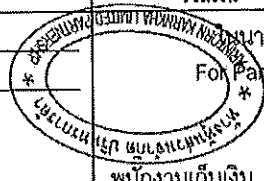
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0903539001338
สาขาที่ออกใบกำกับภาษีคือ : Head Branch

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร : 0994000580622 / สำนักงานใหญ่ รหัสลูกค้า : PC630003 ชื่อลูกค้า : ศูนย์ฟื้นฟูสภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเมืองเขารูปช้าง ที่อยู่ : 333 หมู่ที่ 10 ต.เขารูปช้าง อ.เมือง จ.สงขลา	เลขที่เอกสาร : R66090351 วันที่ : หน้า : 1 / 1
---	--

ลำดับ	เลขที่บิล	จำนวนเงิน
1	T66080767	5,000.00

ถ้ามีออกต้อง
(Signature)
(นางสาววิษณุภา สวัสดิ์โช)

(ห้าพันบาทถ้วน)	Total รวมเงิน	5,000.00
PAYMENT RECEIVED รับชำระเป็น เช็คธนาคาร _____ สาขา _____	พินิจนาม ห้างหุ้นส่วนจำกัด ปรีนทรการการค้า For Parintornkarnkha Limited Partnership	
<input type="checkbox"/> CASH เงินสด	พนักงานเก็บเงิน _____	
<input type="checkbox"/> CHEQUE เช็ค เลขที่ _____ ลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____	ผู้อนุมัติ _____	
การชำระเงินโดยเช็ค ใบเสร็จจะสมบูรณ์ต่อเมื่อเช็คของท่านเรียกเก็บจากธนาคารได้ครบถ้วนแล้ว		



(Signature)

