

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลทุ่งลาน

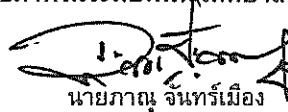
ที่ 3/2567

วันที่ 29 มกราคม 2567

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลทุ่งลาน

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลทุ่งลาน ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน จำนวน 100,000.00 บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 3,000.00 บาท (สามพันบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าวพร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นายภาณุ จันทรเมือง เลขานุการคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ



ผู้ขอเบิก

(

นายภาณุ จันทรเมือง

)

ปลัดเทศบาล

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทำรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อย มียอดเงินคงเหลือ 114,297.91 บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสี่พันสองร้อยเก้าสิบบาทเก้าสิบบัดสตางค์)

ลงชื่อ (นางสาวอุทัยทิพย์ สงดวง) นักวิชาการคลังชำนาญการ

วันที่ 29 ม.ค. 2567

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 3,000.00 บาท

ลงชื่อ (นางสุดารัตน์ ทองสุข) ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่ 29 ม.ค. 2567

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลทุ่งลาน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 3,000.00 บาท

ลงชื่อ (นายภาณุ จันทรเมือง) ปลัดเทศบาล

วันที่ 29 ม.ค. 2567

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 3,000.00 บาท

ลงชื่อ (นายประสิทธิ์ แก้วมรกต) นายกเทศมนตรีตำบลทุ่งลาน

วันที่ 29 ม.ค. 2567

จ่ายเป็น

เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคาร

เลขที่เช็ค 53977423

ลงวันที่ 30 มกราคม 2567

จำนวนเงิน 3,000.00 บาท (สามพันบาทถ้วน)

จ่ายให้ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน

เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชี เลขที่ 019862849298

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ (นายประสิทธิ์ แก้วมรกต) ผู้มีอำนาจลงนาม

นายกเทศมนตรีตำบลทุ่งลาน

ลงชื่อ (นางสุดารัตน์ ทองสุข) ผู้มีอำนาจลงนาม

ผู้อำนวยการกองคลัง

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 3,000.00 บาท

ลงชื่อ (นายภาณุ จันทรเมือง) ผู้รับเงิน (1)

ตำแหน่ง

ลงชื่อ () ผู้รับเงิน (2)

ตำแหน่ง

วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 3,000.00 บาท

ลงชื่อ (นางสาวอุทัยทิพย์ สงดวง) ผู้จ่ายเงิน

ตำแหน่ง นักวิชาการคลังชำนาญการ

วันที่ 30 มกราคม 2567

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ที่ - วันที่ ๓๐ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
เรื่อง ขอส่งเอกสารเบิกจ่ายเงินและคืนเงินคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง

เรียน นายยกเทศมนตรีเทศมนตรีตำบลทุ่งลาน
(ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลทุ่งลาน)

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลทุ่งลาน ได้กำหนดให้มีการประชุม คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ในวันที่ ๓๐ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๑๔.๐๐ น. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการดูแลรายบุคคล (CARE PLAN) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ สรุปผลการเบิกจ่ายค่าตอบแทนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CARE MANAGER) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CARE GIVER) และรับทราบสรุปผลการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นั้น

ในการประชุมคณะกรรมการฯตามวันเวลาดังกล่าว ได้เบิกเงินค่าตอบแทนประชุมให้แก่

๑. คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑๐ รายๆละ ๓๐๐.-บาท (สามร้อยบาทถ้วน) เป็นเงินทั้งสิ้น ๓,๐๐๐.-บาท (สามพันบาทถ้วน) นั้น เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว และจ่ายเงินค่าตอบแทนเบี้ยประชุม ผู้ที่มาเข้าร่วมประชุม จำนวน ๙ รายๆละ ๓๐๐.-บาท (สามร้อยบาทถ้วน) เป็นเงิน ๒,๗๐๐.-บาท (สองพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) และมีผู้ไม่ได้เข้าร่วมประชุมจำนวน ๑ รายๆละ ๓๐๐.-บาท (สามร้อยบาทถ้วน) เป็นเงิน ๓๐๐.-บาท (สามร้อยบาทถ้วน)

เพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลทุ่งลาน ดำเนินการตามระเบียบต่อไป จึงเรียนมาเพื่อ

๑. ขอนำส่งใบสำคัญรับ เงินจำนวน ๙ ฉบับ รายละเอียดตามใบสำคัญรับเงินแนบท้าย
๒. ขอส่งมอบเงินคืนบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลทุ่งลาน จำนวน ๓๐๐.-บาท (สามร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลทุ่งลาน ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ลงชื่อ.....
(นายภาณุ จันทร์เมือง)

ตำแหน่ง ปลัดเทศบาล (เลขานุการกองทุนฯ)

ได้พิจารณาแล้ว

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ (ระบุเหตุผล)

ลงชื่อ.....
(นายประสิทธิ์ แก้วมรกต)

ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีตำบลทุ่งลาน
(ประธานคณะกรรมการกองทุนฯ)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลทุ่งลาน

ที่ - วันที่ ๒๙ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน นายยกเทศมนตรีเทศมนตรีตำบลทุ่งลาน

(ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลทุ่งลาน

ด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลทุ่งลาน ได้กำหนดให้มีการประชุม คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ในวันที่ ๓๐ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๑๔.๐๐ น. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการดูแลรายบุคคล (CARE PLAN) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ สรุปผลการเบิกจ่ายค่าตอบแทนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CARE MANAGER) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CARE GIVER) และรับทราบสรุปผลการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เพื่อปฏิบัติให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

๑. การเบิกเงินค่าตอบแทนให้คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เข้าประชุม จำนวน ๑๐ รายๆละ ๓๐๐.-บาท เป็นเงิน ๓,๐๐๐.-บาท (สามพันบาทถ้วน) โดยสั่งจ่ายเช็คในนาม นายภาณุ จันทร์เมือง ตำแหน่ง เลขานุการคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลทุ่งลาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....
(นายภาณุ จันทร์เมือง)

ตำแหน่ง เลขานุการกองทุนฯ

ได้พิจารณาแล้ว

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ (ระบุเหตุผล)

ลงชื่อ.....

(นายประสิทธิ์ แก้วมรกต)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนฯ



ที่ L๕๑๖๙/๑

 สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
เทศบาลตำบลทุ่งลาน ๙๙ หมู่ที่ ๙
ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง
จังหวัดสงขลา ๙๐๒๓๐

๑๙ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๗

เรียน คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบวาระการประชุมฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง
จังหวัดสงขลา ได้กำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในวันอังคาร ที่ ๓๐ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๑๔.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการดูแลรายบุคคล (CARE PLAN) ปี
พ.ศ. ๒๕๖๗ และสรุปผลการเบิกจ่ายค่าตอบแทนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CARE MANAGER
- CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CARE GIVER - CG) และรับทราบสรุปผลการปฏิบัติงานการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เพื่อให้การพิจารณาของกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ฯ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมี
ความถูกต้องตามระเบียบฯ จึงเรียนมาเพื่อเชิญท่านเข้าร่วมประชุมตามกำหนดวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าว
ข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายประสิทธิ์ แก้วมรกต)

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
เทศบาลตำบลทุ่งลาน

ประสานงาน นางสาวปวีศา แก้วมรกต

เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๕๙๔๘๔๐

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ๐๗๔ ๒๔๒๔๕๓

**ระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะ
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา
ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗
วันที่ ๓๐ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๑๔.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

- ระเบียบวาระที่ ๑. เรื่อง ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ
.....
.....
.....
- ระเบียบวาระที่ ๒. เรื่อง รับรองรายงานการประชุมฯ
- รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖
- ระเบียบวาระที่ ๓. เรื่อง พิจารณาและให้ความเห็นชอบ
๑. นำเสนอรายชื่อผู้สูงอายุเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการดูแลรายบุคคล (CARE PLAN) ประจำปี ๒๕๖๗
๒. สรุปผลการเบิกจ่ายงบประมาณดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี ๒๕๖๖
๓. สรุปผลการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี ๒๕๖๖
- ระเบียบวาระที่ ๔. เรื่อง อื่นๆ (ถ้ามี)
.....
.....

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะอนุกรรมการ LTC
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการดูแล (CARE PLAN) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
วันที่ ๓๐ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๑๔.๐๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
- ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
- ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้
- ชื่อ-นามสกุล
- ตำแหน่ง
- หน่วยงาน
- หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๖ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗