

# ใบเบิกเงิน

## กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด

ที่ .....11...../2561

วันที่.....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาชืดได้อนุมัติโครงการ “พัฒนารูปแบบการออกกำลังกายควบคู่กับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม” ให้แก่กลุ่มตาชืดรักสุขภาพ นั้น กลุ่มตาชืดรักสุขภาพ มีความประสงค์ขอเบิกเงิน จำนวน 39,600.-บาท(-สามหมื่นเก้าพันหกร้อยบาทถ้วน-) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว ทั้งนี้ได้แนบเอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ชุด ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวธรรมา วิมลสมบัติ ประธานกลุ่มตาชืดรักสุขภาพ เป็นผู้รับเงิน


ลงชื่อ .....  ..... ผู้ขอเบิก  
(นางสาวสิริกาญจน์ สามารถ)

ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักปลัดฯ

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน 39,600.- บาท  
ลงชื่อ .....  
(นางปราณี สามารถ)  
นักวิชาการเงินและบัญชี


วันที่ .....

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง  
เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทำรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว  
มียอดเงินคงเหลือ 1,886,883.74 บาท (-หนึ่งล้านแปดแสนแปดหมื่นหก  
พันแปดร้อยแปดสิบสามบาทเจ็ดสิบสี่สตางค์)

ลงชื่อ .....  ..... ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ  
(นายชัยชิวิน สีสอน)

วันที่ .....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวน 39,600.- บาท

ลงชื่อ .....  .....  
(นายชัยชิวิน สีสอน)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด

วันที่ .....

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวนเงิน 39,600.- บาท

ลงชื่อ.....  
(นางศิริมนต์ เกียรติชูศักดิ์)  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด

วันที่ .....

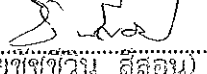
จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)  
Δ ทางธนาคาร

ธนาคาร ธกส.สาขาบรรพตพิสัย บัญชีเลขที่ 518-2-73973-1  
เลขที่เช็ค ..... ลงวันที่ .....

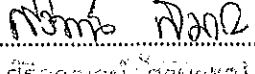
จำนวนเงิน 39,600.- บาท (-สามหมื่นเก้าพันหกร้อยบาทถ้วน-)

จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) นางสาวธรรมา วิมลสมบัติ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)  
(นายชัยชิวิน สีสอน)

(ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด)

ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)  
(นางสาวสิริกาญจน์ สามารถ)

(นางสาวสิริกาญจน์ สามารถ)

### หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

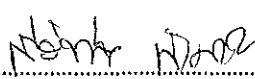
ได้รับเงินจำนวน 39,600.- บาท

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1)  
(นางสาวธรรมา วิมลสมบัติ)

ตำแหน่ง ประธานกลุ่มตาชืดรักสุขภาพ

วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 39,600.- บาท

ลงชื่อ .....  ..... ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวสิริกาญจน์ สามารถ)

ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักปลัดฯ

วันที่ .....

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาซัด  
ที่กองทุนฯ/..... วันที่ .....สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินงบประมาณในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการกองทุนฯ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ตาซัด

### เรื่องเดิม

ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาซัดได้ประชุมอนุมัติ “โครงการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายควบคู่กับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม” ของกลุ่มตาซัดรักสุขภาพ ในการประชุมครั้งที่ 3/2561 เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2561 เป็นเงินทั้งสิ้น 39,600.-บาท(-สามหมื่นเก้าพันหกร้อยบาทถ้วน-) โดย นางสาวรรณา วิมลสมบัติ ประธานกลุ่มตาซัดรักสุขภาพ ได้ลงนามในบันทึกข้อตกลงเป็นที่เรียบร้อยแล้ว รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่แนบมาพร้อมนี้

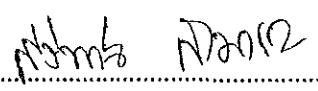
### ข้อเท็จจริง

การจ่ายเงินตามโครงการดังกล่าวข้างต้นเป็นไปตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ ครั้งที่3/2561และ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปรับปรุงใหม่ 2557เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดย เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน หรือโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการอนุมัติ ประเภทที่2 สนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น

### ข้อพิจารณา

ดังนั้นจึงขอเบิกจ่ายเงินตาม โครงการดังกล่าวข้างต้น เป็นเงิน 39,600.-บาท(-สามหมื่นเก้าพันหกร้อยบาท ถ้วน-) เมื่อดำเนินงานเสร็จเรียบร้อยแล้วจะรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการกองทุนฯเพื่อทราบ ความก้าวหน้าต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติงบประมาณในการดำเนินการดังกล่าว

(ลงชื่อ)..... 

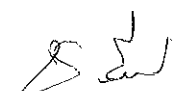
( นางสาวสิริกัญจน์ สามารต )

หัวหน้าสำนักปลัดฯ

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ

ความเห็นของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาซัด

.....  
.....

(.....  


( นายชัยขีวิน สีสอน )

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาซัด

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ

ความเห็นประธานกองทุนฯ

.....  
.....

(.....)

(นางศิริมนต์ เกียรติชูศักดิ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาซัด

ประธานกรรมการกองทุนฯ

ชื่อโครงการ : โครงการโครงการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย

ควบคู่กับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กลุ่มดาชีวิตรักสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบโครงการ : นางพรพรม กรพิทักษ์ โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๕๖๖๗๕๔

#### หลักการและเหตุผล

การออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมของร่างกายที่ช่วยสร้างเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพและความแข็งแรงของร่างกาย การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนโลหิต รวมทั้งสร้างเสริมทักษะทางกีฬา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยสร้างเสริมระบบภูมิคุ้มกันและช่วยป้องกันโรคต่างๆ เช่นโรคหัวใจ, โรคระบบไหลเวียนโลหิต, เบาหวาน, และโรคอ้วน นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตและลดความเครียดได้ เป็นกิจกรรมที่กระทำแล้วทำให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี มีความฟิต ทำให้กล้ามเนื้อ หัวใจและหลอดเลือดแข็งแรง

ร่างกายมนุษย์มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เพื่อความเจริญเติบโตและรักษาสภาพการทำงานที่ดีที่สุด การที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดความเสื่อมโทรมของสมรรถภาพทางกายหรือสุขภาพ แต่ยังเป็นสาเหตุของความผิดปกติของร่างกายและโรคร้ายหลายชนิดที่ป้องกันได้ ซึ่งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่พบมากในปัจจุบัน ในทางการแพทย์ การออกกำลังกายอาจเปรียบได้กับยาสารพัดประโยชน์ เพราะใช้เป็นยาบำรุงเป็นยาป้องกันและเป็นยาบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพ

กลุ่มดาชีวิตรักสุขภาพ ได้จัดกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน โดยการร่วมนอกบ้าน ในวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ มาตั้งแต่ เดือนตุลาคม ปี ๒๕๕๙ โดยได้ออกกำลังกายต่อเนื่องมาตลอด เนื่องจากเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ซึ่งสมาชิกของกลุ่มมีหลายวัย และเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงก็มี ซึ่งการออกกำลังกายถือเป็นการดูแลตัวเองควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์ และการออกกำลังกายที่เหมาะสมก็ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และอายุด้วย อีกทั้งการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ก็ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เหมาะสมควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย จึงจะเกิดประโยชน์ที่แท้จริงกับร่างกาย

จากเหตุผลดังกล่าว กลุ่มดาชีวิตรักสุขภาพ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย ควบคู่กับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ขึ้น

#### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้สมาชิกของกลุ่ม มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายและออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

๒. เพื่อให้สมาชิกของกลุ่มมีความรู้เรื่องอาหารที่ควรรับประทาน และนำไปปฏิบัติได้

อย่างถูกต้อง

๓. เพื่อให้สมาชิกได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจากการตรวจเลือด ได้รับการรักษา

กรณีพบโรค และได้รับการปรับเปลี่ยนกรณีพบภาวะเสี่ยง

#### เป้าหมาย

สมาชิกกลุ่มดาชีวิตรักสุขภาพ จำนวน ๓๐ คน

## งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาซี้ด จำนวน ๓๙,๖๐๐ บาท (สามหมื่นเก้าพันหกร้อยบาทถ้วน) ดังมีรายละเอียดดังนี้

๑. ค่าอาหารกลางวันในการอบรมสมาชิก จำนวน ๓๐ คนๆละ ๕๐ บาท ๒ วัน เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท
๒. ค่าอาหารว่างในการอบรมสมาชิก จำนวน ๓๐ คน ๒ มื้อๆละ ๒๐ บาท ๒ วัน เป็นเงิน ๒,๔๐๐ บาท
๓. ค่าชุดเอกสารในการอบรม(ประกอบด้วย สมุด คู่มือการดูแล ปากกา กระเป๋าผ้า) จำนวน ๓๐ ชุดๆละ ๑๐๐ บาท เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท
๔. ค่าวิทยากรในการอบรม จำนวน ๒ คนๆละ ๓,๖๐๐ บาท เป็นเงิน ๗,๒๐๐ บาท
๕. ค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ตรวจเลือด) จำนวน ๓๐ คนๆละ ๔๐๐ บาท ๒ ครั้ง เป็นเงิน ๒๔,๐๐๐ บาท

(ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวจ่ายกันได้)

## การประเมินผล

๑. สมาชิกของกลุ่ม มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายและออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
๒. สมาชิกของกลุ่มมีความรู้เรื่องอาหารที่ควรรับประทาน และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
๓. สมาชิก ได้รับการรักษากรณีเจ็บโรค และได้รับการปรับเปลี่ยนกรณีพบภาวะเสี่ยง

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. สมาชิกกลุ่ม มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และออกกำลังกายร่วมกัน ๕ วัน/สัปดาห์
๒. สมาชิกกลุ่ม ได้รับการประเมินสุขภาพเบื้องต้น และมีความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

ลงชื่อ.....ผู้เขียนโครงการ

(นางพรพรหม กรพิทักษ์)

เลขานุการกลุ่มตาซี้ดรักษ์สุขภาพ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

(นางสุวรรณา วิมลสมบัติ)

ประธานกลุ่มตาซี้ดรักษ์สุขภาพ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ

กลวิธีดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ

- ๑.เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ
- ๒.ประชุมชี้แจงโครงการให้แก่สมาชิกชมรม ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่าย
- ๓.จัดหาวิทยากร สถานที่อบรม ในเรื่องการออกกำลังกาย และอาหาร
- ๔.ประสาน นักเทคนิคการแพทย์ ในการเจาะเลือดตรวจระดับไขมันในเลือด และค่าการทำงานของไต เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้เรื่องอาหารแต่ละบุคคล

ขั้นดำเนินการ

- ๑.อบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายและอายุ
- ๒.เจาะเลือดตรวจระดับไขมันในเลือด และค่าการทำงานของไต ให้กับสมาชิกกลุ่ม เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้เรื่องอาหารแต่ละบุคคล
- ๓.อบรมให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานให้เหมาะกับโรค และสภาพร่างกายของแต่ละคนโดยใช้ผลเลือดเป็นข้อมูลในการให้ความรู้
- ๔.แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกในกลุ่ม ในเรื่องข้อดี ข้อเสีย เพื่อนำมาวางแผนแก้ไข
- ๕.ประเมินผลการตรวจร่างกายซ้ำ เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง
- ๖.สรุปผลโครงการพร้อมส่งรายงานการประเมินผลโครงการ

ระยะเวลาและแผนภูมิกำกับการดำเนินงาน

สิงหาคม ๒๕๖๑ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

แผนภูมิกำกับการดำเนินงาน

กิจกรรม	ช่วงเวลาในการดำเนินงาน							ผู้รับผิดชอบ
	ส.ค. ๖๑	ก.ย. ๖๑	ต.ค. ๖๑	พ.ย. ๖๑	ธ.ค. ๖๑	ม.ค. ๖๒	ก.พ. ๖๒	
๑.เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ	↔							พรพรรณ กรพิทักษ์
๒.ประชุมชี้แจงโครงการ	↔							พรพรรณ กรพิทักษ์
๓.จัดหาวิทยากร สถานที่อบรม	↔							พรพรรณ กรพิทักษ์
๔.ประสาน นักเทคนิคการแพทย์ ในการเจาะเลือด	↔							พรพรรณ กรพิทักษ์
๕.อบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูให้ความรู้ในเรื่องรูปแบบการออกกำลังกายที่ถูกต้อง	↔							พรพรรณ กรพิทักษ์
๖.อบรมให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานให้เหมาะกับโรค	↔							พรพรรณ กรพิทักษ์
๗.แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกในกลุ่ม ในเรื่องข้อดี ข้อเสีย เพื่อนำมาวางแผนแก้ไข		↔						พรพรรณ กรพิทักษ์
๘.ประเมินผลการตรวจร่างกายซ้ำ เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง							↔	พรพรรณ กรพิทักษ์
๙.สรุปผลโครงการ							↔	พรพรรณ กรพิทักษ์

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

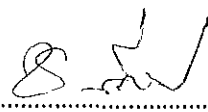
ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด ครั้งที่ 3 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2561 ผลการพิจารณา “โครงการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายควบคู่กับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม” ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน..... 39,600 .....บาท  
เพราะ .....

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
เพราะ .....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3) ภายในวันที่ .....

(ลงชื่อ) .....  .....ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม  
( นายชัยชิน สีสอน )  
ตำแหน่ง เลขานุการกองทุนฯ  
วันที่-เดือน-พ.ศ. ....

ลงชื่อ ..... ผู้อนุมัติโครงการ  
(นางศิริมนต์ เกียรติชูศักดิ์)  
ตำแหน่ง ประธานกรรมการกองทุนฯ  
วันที่-เดือน-พ.ศ. ....

## บันทึกข้อตกลง

การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่  
องค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

เขียนที่ทำการกองทุนฯ

วันที่.....

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด ระหว่าง กลุ่มตาชืดรักษ์สุขภาพ... โดยนางสุวรรณ วิมลสมันต์ ประธานกลุ่ม. ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบโครงการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายควบคู่กับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ” หรือกิจกรรม ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด โดย นางศิริมนต์ เกียรติชูศักดิ์ ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ.๑ ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการ โครงการ/กิจกรรมต่อไปนี้ ในบันทึกนี้เรียกว่า “โครงการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายควบคู่กับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม” ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล ตาชืด ได้ให้เงินอุดหนุน จำนวนทั้งสิ้น ๓๙,๖๐๐ บาท (-สามหมื่นเก้าพันหกร้อยบาทถ้วน-) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาชืด และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ ๒ หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมไม่ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นตามโครงการ/กิจกรรมนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยพันวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติซึ่งเกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการ หรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม มีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หาก ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหาย หรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุน โครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

๒๕. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับการอนุมัติ

๒๖. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

๒๗. ในกรณีที่มีการจัดซื้อจัดจ้างหรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม

๒๘. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานดังกล่าว ให้ตกเป็นเงินทุนเพื่อดำเนินการกิจการส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มต่อไป

๒๙. ให้กลุ่ม/ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมรายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนกำหนด

๓๐. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล

กองทุนสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ที่สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้า พยาน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ

(นางสุวรรณา วิมลสมบัติ )

ประธานกลุ่มตาซีตริรักษ์สุขภาพ

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ

(นางศิริมนต์ เกียรติชูศักดิ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาซีต

ประธานกรรมการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวสิริกาญจน์ สามารถ)

หัวหน้าสำนักปลัด

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นายชัชชวิน สีสอน)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาซีต

กรรมการและเลขานุการฯ



๓ / ๒๕๖๑

เช็ค  
CHEQUE



ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาบรรพตพิสัย  
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL COOPERATIVES

วันที่ 1 0 0 8 ๒ ๕ ๖ ๑  
Date ๗ ๗ ๘ ๘ ๗ ๗ ๗

12636375

731 หมู่ 2 ถนนตลาดริระชัยเมืองใหม่ ต.เจริญผล อ.บรรพตพิสัย จ.นครสวรรค์ 60180

ค่าซื้อ

จ่าย Pay ชุมรมตาซื้อข้าวเปลือก ๓๗๗ หรือผู้ถือ or Bearer

บาท

จำนวนเงิน (บาท) The sum of (Baht) สามหมื่นเก้าพันหกร้อยยี่สิบ

฿ 39,600

๖๐๐	-
๖๐๐	-
๖๐๐	-

ระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อบต.ค

Signature

เลขหมายเช็ค Cheque No.

สำนักงานเลขที่ Office No.

บัญชีเลขที่ Account No.

สำหรับเจ้าหน้าที่ For Official Use Only

๑๓๗๕

๑๓๗๕ ๑๑ ๑ 2636375 ๐๓๔ ๐๓ ๑๖ ๐๘ ๒๐ ๒๐ ๑๐ ๓ ๒ ๑๑