

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อปต.น้ำขาว

ที่ ๐๒

วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒

เรียน นาย อปต.น้ำขาว

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อปต.น้ำขาว ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กิจกรรมฝึกอบรมทบทวนความรู้การจัดทำแผนกองทุน การเขียนโครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อปต.น้ำขาว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว จำนวน ๒,๓๗๕.๐๐ บาท (สองพันสามร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน ๒,๓๗๕.๐๐ บาท (สองพันสามร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ (นางธรรมาธิ์ ทนคง) ผู้ขอเบิก
ตำแหน่ง ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๒,๓๗๕,๓๑๒.๑๙ บาท (สองแสนเจ็ดหมื่นห้าพันสามร้อยสิบสองบาทสิบเก้าสตางค์)

ลงชื่อ (นางพรทิพย์ ขุทอง) ผู้อำนวยการกองคลัง

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน ๒,๓๗๕.๐๐ บาท

ลงชื่อ (นางสาวสาริศรา รัตนกุล) หัวหน้าสำนักปลัด

เรียน นาย เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๒,๓๗๕.๐๐ บาท

ลงชื่อ (นายวิลาศ บุญน) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน ๒,๓๗๕.๐๐ บาท

ลงชื่อ (นายสมยศ สิริพงษ์) นายก อปต.น้ำขาว

จ่ายเป็น
- เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/จนาถิติ
- เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)
- ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาจะนะ บัญชีเลขที่ ๐๑๔๘๖๒๕๔๑๐๘๐
เลขที่เช็ค ..... ลงวันที่ .....
จำนวนเงิน ๒,๓๗๕.๐๐ บาท (สองพันสามร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)
จ่ายให้

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ (นายสมยศ สิริพงษ์) ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางสาวสาริศรา รัตนกุล) ผู้มีอำนาจลงนาม
หัวหน้าสำนักปลัด

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๒,๓๗๕.๐๐ บาท
ลงชื่อ (นางสาววิภา ฐิติเมตต์) ผู้รับเงิน (๑)
ตำแหน่ง หัวหน้างานคลัง
ลงชื่อ (นางธรรมาธิ์ ทนคง) ผู้รับเงิน (๒)
ตำแหน่ง
วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๒,๓๗๕.๐๐ บาท
ลงชื่อ (นางสมบุรณ์ เพ็ชรสุข) ผู้จ่ายเงิน
ตำแหน่ง นักวิชาการการเงินและบัญชีชำนาญการ
วันที่

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ : (๑) รายละเอียดการยืม ปรากฏตามบันทึกการยืมเงินและสัญญายืมเงิน



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ... องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว สำนักปลัด

ที่..... วันที่..... ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง... ขออนุมัติส่งใช้เงินยืม

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

### ๑. เรื่องเดิม

ตามที่ข้าพเจ้านางสาวสาริตา รัตนกุล ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว ได้ยืมเงินตามกิจกรรมฝึกอบรมทวนความรู้การจัดทำแผนกองทุนการเขียนโครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว ในวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๒ ตามสัญญาเงินยืม เลขที่ ๑/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒ นั้น

### ๒. ข้อเท็จจริง

บัดนี้ ข้าพเจ้าขออนุมัติส่งใช้เงินยืมตามกิจกรรมฝึกอบรมทวนความรู้การจัดทำแผนกองทุนการเขียนโครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว ดังนี้

๑. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๓ คนๆละ ๒๕ บาท เป็นเงิน ๕๗๕ บาท

๒. ค่าตอบแทนวิทยากรบรรยาย จำนวน ๓ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาทเป็นเงิน ๑,๘๐๐ บาท

เป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๓๗๕ บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางสาวสาริตา รัตนกุล)

ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

ความเห็นเลขานุการคณะกรรมการบริหารกองทุน

- อนุมัติ ๑๐๓๐๗๐๗๖๖

(นายวิสาศ บุญนุ่น)

เลขานุการคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

พิจารณาแล้ว  อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ.....

(นายสมยศ สิริพงษ์)

ประธานกรรมการคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
 21 ต. 9 ต. นี้อว อ. นนทบุรี จ. สุพรรณบุรี

**บิลเงินสด**  
**CASH SALES**

เลขที่ BILL NO. 1

วันที่ DATE: 29 มี.ค. 2562 เล่มที่ BOOK NO. 2

นามลูกค้า CUSTOMER: อ.นต. นี้อว  
 ที่อยู่ ADDRESS: ต. 9 ต. นี้อว อ. นนทบุรี จ. สุพรรณบุรี

เลขประจำตัวประชาชน IDENTIFICATION NO. [ ]  
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี TAX IDENTIFICATION NO. [ ]

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	สต./Sng.
23 ไร่	อาหารปลาและไส้เดือน	25	575	-
รวมเงิน TOTAL			575	-

ผู้รับเงิน RECEIVED BY: นต นี้อว  
 ขงรับเงินด้วยความชอบคุณ

**ใบสำคัญรับเงิน**  
**(สำหรับวิทยากร)**

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม... กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. น้ำขาว .....

โครงการ/หลักสูตร... บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. น้ำขาว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ .....

กิจกรรม... การอบรมทบทวนความรู้การจัดทำแผนกองทุน การเขียนโครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. น้ำขาว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ .....

วันที่.....๒๗.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ. ....๒๕๖๒.....

ข้าพเจ้า..... นพ. ชะเนวัฒน์..... นลิวา นริ..... อยู่บ้านเลขที่..... ๑๕..... หมู่ที่..... ๒.....

ตำบล/แขวง..... ๒๕..... อำเภอ/เขต..... จันท..... จังหวัด..... สวิงสา.....


ได้รับเงินจาก..... กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. น้ำขาว..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าตอบแทนวิทยากรบรรยาย จำนวน ๓ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน	๑,๘๐๐	-
บาท	๑,๘๐๐	-

จำนวนเงิน (หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ)..... .....ผู้รับเงิน  
 (...นพ. ชะเนวัฒน์..... นลิวา นริ...)

(ลงชื่อ)..... .....ผู้จ่ายเงิน  
 (นางสาวสารिता รัตนกุล)

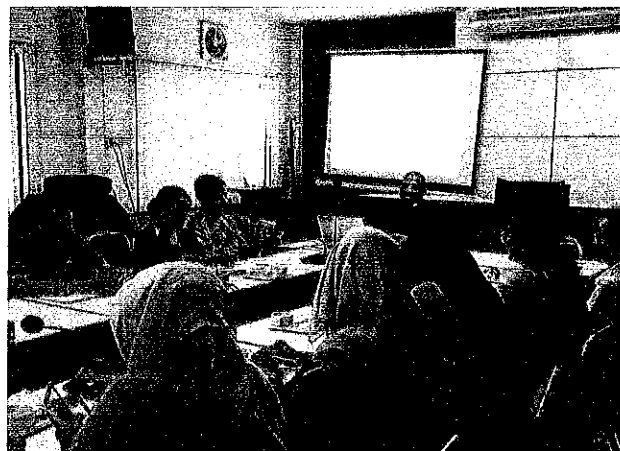
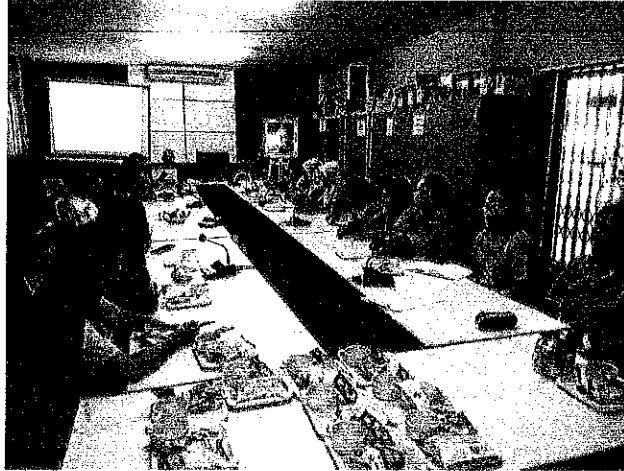

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 9003 00197 45 1**  
 ชื่อและนามสกุล นาย อหะหมัด หลีชาหรี  
 Name Mr. Ahmad  
 Last name Leekaree  
 เกิดวันที่ 12 ส.ค. 2525  
 Date of Birth 12 Aug. 1982  
 สถานะ โสด  
 อายุ 35 ปี 2 เดือน 0 วัน  
 5 ก.ย. 2059  
 วันหมดอายุ  
 5 Sep. 2016  
 Date of Expiry  
 11 ส.ค. 2568  
 วันบัตรหมดอายุ  
 11 Aug. 2025  
 Date of Expiry  
 9003-03-00050937

สำเนาถูกต้อง

\_\_\_\_\_

(นายอหะหมัด หลีชาหรี)

กิจกรรมฝึกอบรมทวนความรู้การการจัดทำแผนกองทุน การเขียน โครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒



แบบลงทะเบียน


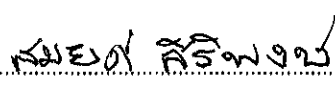
ผู้เข้าอบรมกิจกรรมทบทวนความรู้การจัดทำแผนกองทุน การเขียนโครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	หมายเลข
๑.	นายประสิทธิ์ นนทอนันต์	33 หมู่ 2 ต.น้ำขาว	พ.ประสิทธิ์	081-2753869
๒.	นางสาวอรุณ ออทอง	10/1 หมู่ 10	อรุณ	092-7581756
๓.	นาง นริศพร ธีระศรี	22/1 ม. 5	นริศพร	08712968553
๔.	นายอนุชิต ส่วนอินทร	68 ม. 2	อนุชิต	087-3960927
๕.	นางสาวจิตต์ ธีระศรี	9/1 ม. 8	จิตต์	080-7090440
๖.	นางสมนันท วัชร	1 ม. 4 ต. น้ำขาว	สมนันท	089-5961532
๗.	นางสาวสุเมธรัตน์ อารี	26/3 ม. 2 ต. น้ำขาว	สุเมธรัตน์	084-3132991
๘.	นายเชษฐา วัฒนประเสริฐ	อ.ม. น. 10	เชษฐา	089-8463401
๙.	นางสาวอดิสร อธิษฐาน	34/2 ม. 11 ต. น้ำขาว	อดิสร	080-7156691
๑๐.	นายวิฑูรย์ ทนถนอง	80 ม. 3 ต. น้ำขาว	วิฑูรย์	088-7701425
๑๑.	นางอริสราพร อธิษฐาน	อ.ม. น. 10	อริสราพร	084-8509043
๑๒.	นางสาวเนติพร วัฒนประเสริฐ	11 ม. 1 ต. น้ำขาว	เนติพร	089-2881402
๑๓.	นางกมลทิพย์ พรหมศรีแก้ว	39 ม. 7 ต. น้ำขาว	กมลทิพย์	086-2898193
๑๔.	นางสาววิภา วัฒนประเสริฐ	19/1 ม. 7 ต. น้ำขาว	วิภา	081-0964978
๑๕.	นายอดิสร วัฒนประเสริฐ	ม. 5 ต. น้ำขาว	อดิสร	081-4985917
๑๖.	นายอนุชิต วัฒนประเสริฐ	5 ม. 10 ต. น้ำขาว	อนุชิต	091-0409883
๑๗.	นางสาวสุภาวดี อธิษฐาน	52/1 ม. 1 ต. น้ำขาว	สุภาวดี	0987250843
๑๘.	นางสาวประไพ วัฒนประเสริฐ	43 หมู่ 4 ต. น้ำขาว	ประไพ	0808617090
๑๙.	นางสาววิภา วัฒนประเสริฐ	อ.ม. น. 10	วิภา	0891662242
๒๐.	นายธรรมรัตน์ วัฒนประเสริฐ	อ.ม. น. 10	ธรรมรัตน์	0833907747
๒๑.				
๒๒.				
๒๓.				
๒๔.				
๒๕.				

(ด้านหน้า)

<b>สัญญาการยืมเงิน</b>		เลขที่ <u>๑ / ๒๕๖๒</u>
ยื่นต่อ ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว		วันครบกำหนด.....
ข้าพเจ้า <u>นางสาวสาริตา รัตนกุล</u> ตำแหน่ง <u>กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว</u> หน่วยงาน <u>กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว</u> ตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการ <u>ดำเนินกิจกรรมฝึกอบรมทวนความรู้การจัดทำแผนกองทุน การเขียนโครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจาก</u> <u>กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว</u> ประเภทที่ <u>๔ สนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ</u> ระหว่างวันที่ <u>๒๗ มีนาคม ๒๕๖๒</u> ถึงวันที่ <u>๒๗ มีนาคม ๒๕๖๒</u> ตามประมาณการดังต่อไปนี้		
ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ รายละเอียดดังนี้		
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๓ ชุดๆละ ๒๕ บาท เป็นเงิน	๕๗๕	
- ค่าตอบแทนวิทยากรบรรยาย จำนวน ๓ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน	๑,๘๐๐	๒,๓๗๕
-		
(ตัวอักษร) <u>เงินสองพันสามร้อยเจ็ดสิบห้าบาทถ้วน</u> รวมเงิน (บาท)		
	๒,๓๗๕	๒,๓๗๕
ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพ และจะนำไปสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในวัน/เดือน/ปี ที่กำหนดข้างต้น คือ ภายใน ๓๐ วัน ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้กองทุนหักค่าจ้าง หรือเงินอื่นใด ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับจากทางราชการ ชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที		
ลายมือชื่อ <u></u> ผู้ยืม	วันที่ <u>๒๑ มี.ค. ๒๕๖๒</u>	
(นางสาวสาริตา รัตนกุล) เลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว		
เสนอ กรรมการและเลขานุการฯ		
- ได้ตรวจสอบ เห็นควรให้ยืมได้		
ลงชื่อ <u></u>		
(นายวิลาศ บุญนุ่น) กรรมการและเลขานุการฯ คำอนุมัติ		
- อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นเงิน <u>๒,๓๗๕</u> บาท (สองพันสามร้อยเจ็ดสิบห้าบาท)		
ลงชื่อผู้อนุมัติ <u></u>	วันที่ <u>๒๑ มี.ค. ๒๕๖๒</u>	
ประธานกรรมการคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว		
<b>ใบรับเงิน</b>		
ได้รับเงินยืมจำนวน <u>๒,๓๗๕</u> บาท (สองพันสามร้อยเจ็ดสิบห้าบาท) ไปเป็นการถูกต้องแล้ว		
ลงชื่อ <u></u> ผู้รับเงิน	วันที่ <u>๒๗ มี.ค. ๒๕๖๒</u>	
(นางสาวสาริตา รัตนกุล)		



# สำเนาฉบับ

ที่ ๑๑ /๒๕๖๒

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลน้ำขาว  
อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ๙๐๑๓๐

๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง กิจกรรมฝึกอบรมทบทวนความรู้การจัดทำแผนกองทุนฯ การเขียนโครงการ/กิจกรรม  
เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว ได้กำหนดจัดอบรมให้ความรู้  
การจัดทำแผนกองทุนฯ การเขียนโครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ในวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๓.๐๐ น.  
เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

เพื่อให้การดำเนินงานกองทุนฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ของการ  
ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ จึงขอเชิญท่านเข้าร่วมอบรมดังกล่าวโดยพร้อมเพรียงกัน ทั้งนี้ขอให้ท่าน  
เตรียมแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบเสนอโครงการมาในวันอบรม รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบ  
มาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุม

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมยศ สิริพงษ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว  
ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลน้ำขาว

กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

โทร. ๐-๗๕๓๗-๕๖๑๑

“ซื่อสัตย์ สุจริต มุ่งสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”

.....พิมพ์  
.....ร่าง  
.....ตรวจ  
.....ทาน

## สำเนาฉบับ

ที่ ๒ /๒๕๖๒

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลน้ำขาว  
อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ๙๐๑๓๐

๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอตั๋ววิทยากรบรรยาย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนสมบูรณศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว ได้กำหนดจัดฝึกอบรม ทบพทวนความรู้การจัดทำแผนกองทุนฯ การเขียนโครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุน หลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ในวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

เพื่อให้การดำเนินงานกองทุนฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ของการ ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ จึงขอตั๋ววิทยากรบรรยาย นายอาหมัด หลีซาหรี บุคลากรในสังกัด หน่วยงานท่าน เป็นวิทยากรบรรยายให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมา พร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นายสมยศ สิริพงษ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว  
ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลน้ำขาว

กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

โทร. ๐-๗๕๓๗-๕๖๑๑

“ชื่อสัตย์ สุจริต มุ่งสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”

.....พิมพ์  
.....ร่าง  
.....ตรวจ  
.....ทาน

# แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต ๑๒ สงขลา

รหัสโครงการ .....

ชื่อโครงการ/กิจกรรม กิจกรรมฝึกอบรมทบทวนความรู้การจัดทำแผนกองทุน การเขียนโครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
อบต.น้ำขาว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ชื่อกองทุน กองทุนสุขภาพตำบล อบต.น้ำขาว

## ประเภทการสนับสนุน

- สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๑๐(๑)]
- สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๑๐(๒)]
- สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๑๐(๓)]
- สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐(๔)]
- สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๑๐(๕)]

## หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ

- หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อบต. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษาฯ
- กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ ๕ คน
- สำนักงานเลขาฯกองทุน

ชื่อองค์กร กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

## กลุ่มคน

นายสมยศ สิริพงษ์ นายวิลาศ บุญนุ่น นางสาวสาริตา รัตนกุล นางสมบูรณ์ เพ็ชรสุข

วันอนุมัติ .....

มูลค่าดำเนินโครงการ ตั้งแต่ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒ ถึง ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๒

งบประมาณ จำนวน ๒,๓๗๕.๐๐ บาท

๑. หลักการและเหตุผล

จำนวนคนกลุ่มเป้าหมาย ยังไม่เข้าใจการจัดทำแผนกองทุน การเขียนโครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๒. สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์ปัญหา ขนาด

๓. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

เป้าหมาย  
๑ ปี

๔. วิธีดำเนินการ/กิจกรรม

๑. ฝึกอบรมทบทวนความรู้การจัดทำแผนกองทุน การเขียนโครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

รายละเอียด

จัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อทบทวนความรู้ โดยมีค่าใช้จ่าย ดังนี้ ๑. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๓ คนๆละ ๒๕ บาท เป็นเงิน ๕๗๕ บาท ๒. ค่าตอบแทนวิทยากร ๓ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๘๐๐ บาท

งบประมาณ ๒,๓๗๕.๐๐ บาท

๕. งบประมาณ

งบประมาณโครงการ ๒,๓๗๕.๐๐ บาท

๖. ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาดำเนินโครงการ ตั้งแต่ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒ ถึง ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๒

๗. สถานที่ดำเนินการ

องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

๘. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกองทุนสุขภาพตำบล อบต.น้ำขาว จำนวน ๒,๓๗๕.๐๐ บาท รายละเอียดดังในวิธีดำเนินการ/กิจกรรม ด้านบน

๙. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

กลุ่มเป้าหมาย มีความรู้เรื่องแผนงาน โครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว สามารถทำแผนงาน โครงการ/กิจกรรม ได้อย่างถูกต้อง เป็นไปตามระเบียบ

๑๐. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

๑๐.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

ชื่อกลุ่มคน

นายสมยศ สิริพงษ์

นายวิลาศ บุญนุ่น

นางสาวสาริศา รัตนกุล

นางสมบุรณ์ เพ็ชรสุข

ประเภทหน่วยงาน

๑๐.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

๑๐.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อบต. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

๑๐.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

๑๐.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

๑๐.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

๑๐.๑.๖ สำนักงานเลขาธิการกองทุน

๑๐.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)

๑๐.๒.๑ ประเภท ๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข

๑๐.๒.๒ ประเภท ๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น

๑๐.๒.๓ ประเภท ๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ

๑๐.๒.๔ ประเภท ๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ

๑๐.๒.๕ ประเภท ๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ

๑๐.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก

๑๐.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

๑๐.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

๑๐.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

๑๐.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน

๑๐.๓.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

๑๐.๓.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๑๐.๓.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

๑๐.๓.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๓.๙ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐(๔)]

จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่คาดว่าจะได้รับผลประโยชน์ คน

๑๐.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

๑๐.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

๑๐.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

๑๐.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๑๐.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

๑๐.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

๑๐.๔.๑.๘ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

๑๐.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

๑๐.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

๑๐.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

๑๐.๔.๒.๘ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

- ๑๐.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- ๑๐.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- ๑๐.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครกไม่พร้อม
- ๑๐.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๑๐.๔.๓.๙ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน

- ๑๐.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- ๑๐.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- ๑๐.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครกไม่พร้อม
- ๑๐.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๑๐.๔.๔.๙ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

- ๑๐.๔.๕.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๕.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๕.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๕.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๕.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ๑๐.๔.๕.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ๑๐.๔.๕.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๑๐.๔.๕.๘ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- ๑๐.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๖.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ๑๐.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

๑๐.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑๐.๔.๖.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

๑๐.๔.๖.๙ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

๑๐.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๗.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

๑๐.๔.๗.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

๑๐.๔.๗.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

๑๐.๔.๗.๘ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๘.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๘.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๘.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๘.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๘.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

๑๐.๔.๘.๖ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๙ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐(๔)]

๑๐.๔.๙.๑ อื่นๆ

ระบุ

ลงชื่อ ..... ทิพย์ ..... ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

( นางสาวสาวิตรี รัตนกุล )

ตำแหน่ง ผู้ช่วยเลขานุการ กอวชนนพัฒน์ระดับตำบลฯ

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ... อนศ. ทวทอ .....  
ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๕ เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 25๖๕ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน 2,๒๙๕,- บาท  
เพราะ .....

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

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่ .....

ลงชื่อ .....  
( นายสมชาย สิริพงษ์ )

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....