

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.วัดจันทร์

ที่ 412

วันที่ 18 กรกฎาคม 2560

เรียน นาย ..... อบต.วัดจันทร์

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.วัดจันทร์ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลวัดจันทร์ จำนวน 36,280.00 บาท (สามหมื่นหกพันสองร้อยแปดสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลวัดจันทร์ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 2,160.00 บาท (สองพันหนึ่งร้อยหกสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางประพิตรขวัญเกื้อ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

ผู้ขอเบิก

(นางประพิตร ขวัญเกื้อ)

ตำแหน่ง

เลขานุการกองทุนฯ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 230,606.36 บาท (สองแสนสามหมื่นหกร้อยหกสิบบาทสามสิบหกสตางค์)

ลงชื่อ (นางประพิตร ขวัญเกื้อ)   
 นักพัฒนาชุมชน/เลขานุการกองทุนฯ

วันที่ 26 ก.ค. 2560

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 2,160.00 บาท

ลงชื่อ (นางสาวอาริตา วงศ์ญาติ)   
 หัวหน้าสำนักงานปลัด อบต.

วันที่ 26 ก.ค. 2560

เรียน นาย เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 2,160.00 บาท

ลงชื่อ (นายฉัตร อรุณประโยชน์)   
 ปลัด อบต.วัดจันทร์

วันที่ 26 ก.ค. 2560

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 2,160.00 บาท

ลงชื่อ (นายสมยศ สักพันธ์)   
 นาย อบต.วัดจันทร์

วันที่ 26 ก.ค. 2560

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

ธนาคาร .....

บัญชีเลขที่ .....

เลขที่เช็ค ..... ลงวันที่ .....

จำนวนเงิน 2,160.00 บาท (สองพันหนึ่งร้อยหกสิบบาทถ้วน)

จ่ายให้ นางประพิตรขวัญเกื้อ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ (นายสมยศ สักพันธ์)   
 นาย อบต.วัดจันทร์

ผู้มีอำนาจลงนาม

ลงชื่อ (นางสาวอาริตา วงศ์ญาติ)   
 หัวหน้าสำนักงานปลัด อบต.

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 2,160.00 บาท

ลงชื่อ (นางประพิตร ขวัญเกื้อ) ผู้รับเงิน (๑)

ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน

ลงชื่อ ( ) ผู้รับเงิน (๒)

ตำแหน่ง

วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 2,160.00 บาท

ลงชื่อ (นางสาวอาริตา วงศ์ญาติ) ผู้จ่ายเงิน

ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักงานปลัด อบต.

วันที่ 26 ก.ค. 2560

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ  
หมายเหตุ ...

**คำอธิบาย** กำหนดให้มีการจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการจ่ายเงิน หลังจากดำเนินโครงการ แผนงานหรือกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว ส่งให้แก่คณะกรรมการกองทุนรับทราบ แล้วให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเก็บรายงานดังกล่าวไว้เพื่อการตรวจสอบ และกรณีที่มีการจัดซื้อวัสดุที่มีลักษณะคล้ายครุภัณฑ์ที่วงเงินไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท ให้แนบใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญไว้กับรายงานดังกล่าวด้วย และหากมีเงินเหลือจากการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมนั้น ก็ให้ส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย

### ส่วนที่ ๓

หลักเกณฑ์การกำหนดค่าตอบแทนกรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงาน หรือผู้ดำเนินงาน

## ๖. อัตราค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าตอบแทนของกรรมการ อนุกรรมการ และคณะทำงาน

๖.๑ ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับกรรมการหรือที่ปรึกษา ไม่เกินครั้งละ ๔๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๘๐๐ บาท ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับอนุกรรมการ ไม่เกินครั้งละ ๓๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๖๐๐ บาท และสำหรับคณะทำงาน ครั้งละไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๔๐๐ บาท

**คำอธิบาย** เป็นการกำหนดเพดานอัตราค่าตอบแทนของกรรมการกองทุนหรือที่ปรึกษา อนุกรรมการ โดยกำหนดเป็นเพดานของอัตราไว้ ซึ่งอัตราที่จ่ายจริงย่อมเป็นไปตามระเบียบของคณะกรรมการกองทุนนั้นๆ กำหนด

๖.๒ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ได้แก่ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก และค่าพาหนะเดินทาง สำหรับกรรมการที่ปรึกษา อนุกรรมการหรือคณะทำงาน และเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐ รวมทั้งพนักงานจ้างเหมา (ชั่วคราว) ของกองทุนให้เบิกจ่ายได้ในอัตราไม่เกินระเบียบของทางราชการโดยอนุโลม

**คำอธิบาย** เป็นการกำหนดเพดานอัตราค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งต้องไม่เกินอัตราตามระเบียบราชการ ส่วนอัตราที่จ่ายจริงเป็นอัตราเท่าใดนั้นย่อมเป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกองทุนนั้นๆ กำหนด

๖.๓ วงเงินค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทนตาม ๖.๑ และ ๖.๒ เมื่อรวมกับค่าใช้จ่ายอื่นเพื่อการบริหารหรือพัฒนางานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณนั้น



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา

๔๕๖/๒ ถ.เพชรเกษม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๕ โทรศัพท์ ๐๗๕-๒๓๕๕๕๕ โทรสาร ๐ ๗๕๒๓ ๕๕๕๕ http://songkhla.nhso.go.th เลขที่รับ 1386

<input checked="" type="checkbox"/>	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
<input type="checkbox"/>	กองส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ
<input type="checkbox"/>	กองส่งเสริมสุขภาพ
<input type="checkbox"/>	ส่วนการศึกษา

วันที่ 13 ก.ค. 2560

๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เวลา 13.17

เรื่อง ขอเชิญสมัครและร่วมงานเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กองทุนสุขภาพตำบล เขต ๑๒ สงขลา ปี ๒๕๖๐

เรียน นายกองค้กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กองทุนสุขภาพตำบล จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบตอบรับการสมัครเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา ได้กิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กองทุนสุขภาพตำบล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพตำบลให้มีความสามารถในการบริหารจัดการกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

ในการนี้ สปสช.เขต ๑๒ สงขลา จึงขอเชิญนายกองค้กรปกครองส่วนท้องถิ่น เลขานุการกองทุน หรือเจ้าหน้าที่ประจำกองทุน สมัครเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ ในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น. รายละเอียดตามใบตอบรับการประชุม สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ และร่วมงานเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น. ณ ห้องแกรนด์บอลรูม เอ ชั้น ๘ โรงแรมลีการ์เดนส์ พลาซ่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยท่านที่เข้าร่วมประชุมสามารถเบิกค่าใช้จ่ายเดินทาง อันประกอบด้วย ค่าเดินทางประชุม ค่าที่พัก และเบี้ยเลี้ยง จากงบบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล ประเภท ๗(๔) แนบท้ายข้อ ๖.๒

ขอเรียน นายกองค้กร.วัดจันทร์ ด้อย คนสนิท. ขอเชิญสมัครและร่วมงานเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมงานดังกล่าวด้วย

และขอเรียนนายกองค้กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรื่องกองทุนสุขภาพตำบล

- ในวันที่ 1 ก.ค. ๒๕๖๐

เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

ที่ห้องแกรนด์พลาซ่า อ.หาดใหญ่

- จักรเย็บผ้าเมืองโปรดการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา

๑๓ ก.ค. 2560

นางสมชาย นันทวงคุณ

(นางสาวธรริตา วงศ์ญาติ)

หัวหน้าสำนักงานศึกษาและสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

๗๖ ถนนโพธิ์ ๐๗๕-๒๓๓๘๘๘ ต่อ ๕๓๖๕ โทรสาร ๐๗๕-๒๓๕๕๕๕

ผู้ประสานงาน :ภ.ก.สมชาย ละอองพันธุ์ โทร. ๐๙๖ -๖๕๔๐๕๕๕

Email : somchai.l@nhso.go.th,twothead@gmail.com

(นายจิตต อรุณประโยชน์)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวัดจันทร์

(นายสมยศ สักพันธ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัดจันทร์

(ร่าง)กำหนดการ

งานแลกเปลี่ยนเรียนรู้กองทุนสุขภาพตำบล เขต 12 สงขลา ปี 2560

วันที่ 31 กรกฎาคม 2560- 1 สิงหาคม 2560

ณ ห้องแกรนด์บอลรูม ชั้น 8 โรงแรมลีการ์เดน พลาซ่า หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

วันที่ 31 กรกฎาคม 2560

08.00- 09.00 น.

ลงทะเบียนและรับเอกสาร

09.00- 10.00 น.

พิธีเปิดและบรรยายแนวทางการดำเนินงานกองทุนดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2560

10.00- 16.00 น.

การประชุมวิชาการ (Pre-Conference)

ห้องที่ 1:อบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงานสุขภาพตำบลและโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภ.ก.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ ม.สงขลานครินทร์

ห้องที่ 2 ตอบทุกคำถาม เรื่อง ระเบียบ ประกาศที่เกี่ยวข้องกับกองทุนสุขภาพตำบล

โดย จ.ส.อ.อนันต์ พันธุ์บ้านแหลม และ วิทยากรจากสำนักกฎหมาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

\*\*\*หมายเหตุ หากลงทะเบียนแล้ว ให้ดาวน์โหลดหนังสือเชิญจากเว็บไซต์ได้เลย

วันที่ 1 สิงหาคม 2560

09.00- 10.00 น.

บทบาทกองทุนสุขภาพตำบลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย

โดย .....

10.00- 12.00 น.

การสนทนากลุ่ม กรณีศึกษาบทบาทกองทุนสุขภาพตำบลต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่

- การแก้ปัญหาภาวะโภชนาการเด็ก
- การแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงด้านยาเสพติด
- การแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง
- การแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะ



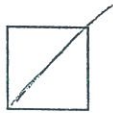
แบบตอบรับการประชุม

ชื่อ-สกุล นาง ประไพพร จ้อยเกื้อ

หน่วยงาน อสม. จัดสรร

เบอร์มือถือ 087-3925820

ให้ลงทะเบียน ทางออนไลน์ เลือกหัวข้อสมัครเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ ดังนี้



ห้องที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงานสุขภาพตำบลและโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

80 คน เท่านั้น

วิทยากร : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภ.ก.พงศ์เทพ สุธีรวิทย์ และทีมงาน  
วิทยากรจาก สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ ม.สงขลานครินทร์



ห้องที่ 2 ตอบทุกคำถาม เรื่อง ระเบียบ ประกาศที่เกี่ยวข้องกับกองทุนสุขภาพตำบล

200 คน

โดย วิทยากรจากสำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ  
เปิดไม่จำกัด เนื่องจากส่วน  
หนึ่งมีงบประมาณจาก  
สปสช.กลาง

วิธีการ คือ ท่านสามารถใช้โปรแกรม Line สแกน QR Code ด้านล่างนี้ (เมื่อสแกนแล้ว กด “เปิด”)

เพื่อเข้าสู่การลงทะเบียนผ่าน Google Form



โปรดแจ้งตอบรับการเข้าร่วมประชุมภายในวันที่ 28 กรกฎาคม 2560

ขอขอบพระคุณอย่างสูง



แบบตอบรับการประชุม

ชื่อ-สกุล พ.ศ. ชี้อภา เจริญสุข

หน่วยงาน อ.ต. วัดจันทร์

เบอร์มือถือ 084-468507

ให้ลงทะเบียน ทางออนไลน์ เลือกหัวข้อสมัครเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ ดังนี้

ห้องที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงานสุขภาพตำบลและโครงการด้าน  
การสร้างเสริมสุขภาพ

80 คน เท่านั้น

วิทยากร : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภ.ก.พงศ์เทพ สุธีรุฒิ และทีมงาน  
วิทยากรจาก สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ ม.สงขลานครินทร์

ห้องที่ 2 ตอบทุกคำถาม เรื่อง ระเบียบ ประกาศที่เกี่ยวข้องกับกองทุน  
สุขภาพตำบล

200 คน

หมายเหตุ

โดย วิทยากรจากสำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เปิดไม่จำกัด เนื่องจากส่วน

หนึ่งมีงบประมาณจาก

สปสช.กลาง

วิธีการ คือ ท่านสามารถใช้โปรแกรม Line สแกน QR Code ด้านล่างนี้ (เมื่อสแกนแล้ว กด “เปิด”)

เพื่อเข้าสู่การลงทะเบียนผ่าน Google Form



โปรดแจ้งตอบรับการเข้าร่วมประชุมภายในวันที่ 28 กรกฎาคม 2560

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ประมาณการค่าใช้จ่าย

โครงการ “เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กองทุนสุขภาพตำบล เขต ๑๒”

ระหว่างวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ - ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐  
ณ ห้องแกรนด์บอลรูม เอ ชั้น ๘ โรงแรมลีการ์เดนส์ พลาซ่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

๑. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	เป็นเงิน.....๕๐๐.....บาท
๒. ค่าที่พัก	เป็นเงิน.....๘๐๐.....บาท
๓. ค่าเบี้ยเลี้ยง	เป็นเงิน.....๙๖๐.....บาท
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	.....๒,๑๖๐.....บาท





แบบตอบรับการประชุม

ชื่อ-สกุล นางชลิตา อภิไศรินทร์  
หน่วยงาน ๗๗.วัดจันทร์  
เบอร์มือถือ ๐๖๑๗๔๒๒๐๐

ให้ลงทะเบียน ทางออนไลน์ เลือกหัวข้อสมัครเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ ดังนี้



ห้องที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงานสุขภาพตำบลและโครงการด้าน  
การสร้างเสริมสุขภาพ

80 คน เท่านั้น

วิทยากร : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภ.ก.พงศ์เทพ สุธีรวิทย์ และทีมงาน  
วิทยากรจาก สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ ม.สงขลานครินทร์



ห้องที่ 2 ตอบทุกคำถาม เรื่อง ระเบียบ ประกาศที่เกี่ยวข้องกับกองทุน  
สุขภาพตำบล

200 คน

หมายเหตุ

โดย วิทยากรจากสำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เปิดไม่จำกัด เนื่องจากส่วน  
หนึ่งมีงบประมาณจาก

สปสช.กลาง

วิธีการ คือ ท่านสามารถใช้โปรแกรม Line สแกน QR Code ด้านล่างนี้ (เมื่อสแกนแล้ว กด “เปิด”)

เพื่อเข้าสู่การลงทะเบียนผ่าน Google Form



โปรดแจ้งตอบรับการเข้าร่วมประชุมภายในวันที่ 28 กรกฎาคม 2560

ขอขอบพระคุณอย่างสูง