

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ที่ ๓๓/๒๕๖๓

วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน เทศบาลตำบลเกาะนางคำ จำนวน ๗๘,๗๗๐.๐๐ บาท (เจ็ดหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน เทศบาลตำบลเกาะนางคำ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน ๗๕๐.๐๐ บาท (เจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบ การขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวอผิ้อะ เทพทอง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักงานปลัดฯ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควร ดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอด เงินคงเหลือ ๘๔,๙๕๐.๑๐ บาท (แปดหมื่นสี่พันเก้าร้อยห้าสิบบาทสิบสอง สตางค์)

ลงชื่อ _____
(นางมาลีอนะ เส้นยี่หิม)
นักวิชาการเงินและบัญชี

วันที่ _____

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน ๗๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____
(นางมาลีอนะ เส้นยี่หิม)
นักวิชาการเงินและบัญชี

วันที่ _____

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๗๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____
(นายศุภรักษ์ เส็มหมัด)
ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

วันที่ _____

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน ๗๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____
(นายสันติ เส็มหมัด)
นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

วันที่ _____

จ่ายเป็น
Δ เชื้อฉีดพร้อม/ตัวแมลงเงิน/ธนาณัติ
Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)
Δ ทางธนาคาร ธนาณัติเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา ปากพะยูน บัญชีเลขที่ ๔๔๕-๒-๔๓๕๓๗-๗
เลขที่เช็ค _____ ลงวันที่ _____
จำนวนเงิน ๗๕๐.๐๐ บาท (เจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
จ่ายให้
นางสาวอผิ้อะ เทพทอง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายสันติ เส็มหมัด)
นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
หัวหน้าสำนักงานปลัดฯ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๗๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (๑)
(นางสาวอผิ้อะ เทพทอง)

ตำแหน่ง _____
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (๒)
()

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๗๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
(นางมาลีอนะ เส้นยี่หิม)

ตำแหน่ง _____
นักวิชาการเงินและบัญชี

วันที่ _____

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

สัญญาเงินยืมเลขที่..... วันที่..... ส่วนที่ ๑
ชื่อผู้ยืม.....จำนวนเงิน.....บาท แบบ ๘๗๐๘

ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ที่ทำการ...สำนักงานเทศบาลตำบลเกาะนางคำ...

วันที่...๑๖...เดือน...กรกฎาคม...พ.ศ. ...๒๕๖๓...

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน ...นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ.....

ตาม คำสั่ง/บันทึก ที่.....ลงวันที่.....อนุมัติให้

ข้าพเจ้า...นางสาวรอฝิ้อะ เทพทอง /...ตำแหน่ง...พนักงานจ้างทั่วไป...สังกัด...สำนักปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ.....พร้อม
ด้วย.....เดินทางไปปฏิบัติราชการ.....เข้าร่วมประชุมติดตามงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมชั้น ๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง โดยออกเดินทางจาก

บ้านพัก สำนักงาน ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่...๑๕...เดือน...กรกฎาคม...พ.ศ....๒๕๖๓...เวลา...๐๗.๓๐...น.

และกลับถึง บ้านพัก สำนักงาน ประเทศไทย วันที่...๑๕...เดือน...กรกฎาคม...พ.ศ....๒๕๖๓...เวลา...๑๘.๓๐...น.

รวมเวลาไปราชการครั้งนี้.....วัน.....๑๑.....ชั่วโมง.....นาที

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ ข้าพเจ้า คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท.....จำนวน.....วัน รวม.....บาท

ค่าเช่าที่พักประเภท.....จำนวน.....วัน รวม.....บาท

ค่าพาหนะ.....รวม.....๗๕๐.....บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น.....รวม.....บาท

รวมเงินทั้งสิ้น.....๗๕๐.....บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร).....(-เจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย
จำนวน.....ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(นางสาวรอฝิ้อะ เทพทอง)

ตำแหน่ง พนักงานจ้างทั่วไป

<p>ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ..... (นายสุภรักษ์ เส็มหมัด) ตำแหน่ง ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ วันที่.....</p>	<p>อนุมัติให้จ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ..... (นายสันติ เส็มหมัด) ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ วันที่.....</p>
---	---

ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน.....๗๕๐.....บาท
(.....-เจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน-.....) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....
(นางสาวรอพีอะ เทพทอง)
ตำแหน่ง พนักงานจ้างทั่วไป
วันที่.....

ลงชื่อ.....
(...นางมาลีอะ เส็นยี่หีม...)
ตำแหน่ง...นักวิชาการเงินและบัญชี...
วันที่.....

จากเงินยืมตามสัญญาเลขที่..... -วันที่..... -

หมายเหตุ.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....


- คำชี้แจง**
๑. กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุด การเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นในช่อง หมายเหตุ
 ๒. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีที่มีการยืมเงิน ให้ระบุวันที่ที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญายืมและวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย
 ๓. กรณีที่ยื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมิต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ ๒)

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ...เทศบาลตำบลเกาะนางคำ.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
๑๕ ก.ค.๒๕๖๓	- ค่ารถรับจ้างจากบ้านเลขที่ ๘๓/๑ หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางคำ	๑๐๐	-	
	อ.ปากพะยูน ไปยัง อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง			
	- ค่าจ้างเหมารถไม่ประจำทางจาก อ.ปากพะยูนไปยัง	๒๐๐	-	
	บ้านแม่ขรี อ.ตะโหมด จ.พัทลุง			
	- ค่ารถประจำทางจากบ้านแม่ขรี ไปยังสำนักงานสาธารณสุข	๕๐	-	
	จังหวัดพัทลุง อ.เมือง จ.พัทลุง			
	- ค่ารถประจำทางจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง	๕๐	-	
	อ.เมือง ไปยังสถานีขนส่ง จ.พัทลุง			
	- ค่ารถประจำทางจากสถานีขนส่งจังหวัดพัทลุงถึงบ้านแม่ขรี	๕๐	-	
	อ.ตะโหมด จ.พัทลุง			
	- ค่าจ้างเหมารถรับจ้างไม่ประจำทางจากบ้านแม่ขรี อ.ตะโหมด	๒๐๐	-	
	จ. พัทลุง ไปยัง อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง			
	- ค่ารถรับจ้างจากอำเภอปากพะยูนไปยังบ้านเลขที่ ๘๓/๑	๑๐๐	-	
	หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง			
	รวม	๗๕๐	-	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....(-เจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน-).....

ข้าพเจ้า.....นางสาวรอฝี้อ๊ะ เทพทอง.....ตำแหน่ง...พนักงานจ้างทั่วไป.....
กอง...สำนักปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้
และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

(ลงชื่อ)..........

(นางสาวรอฝี้อ๊ะ เทพทอง)

วันที่.....

หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ส่วนที่ ๒

แบบ.๘๗๐๘

ชื่อส่วนราชการ...เทศบาลตำบลเกาะนางคำ.....จังหวัด...พัทลุง.....

ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ...นางสาวอรณีอึ้ง...ลงวันที่...๑๖...เดือน...กรกฎาคม...พ.ศ. ...๒๕๖๓.....

ลำดับที่	ชื่อ	ตำแหน่ง	ค่าใช้จ่าย				รวม	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	วัน เดือน ปีที่รับเงิน	หมายเหตุ
			ค่าเบี้ยเลี้ยง	ค่าเช่าที่พัก	ค่าพาหนะ	ค่าใช้จ่ายอื่น				
๑.	นางสาวอรณีอึ้ง เทพทอง	พนักงานจ้างทั่วไป	-	-	๗๕๐	-	๗๕๐.-			
	รวมเงิน		-	-	๗๕๐.-	-	๗๕๐.-	ตามสัญญาเงินยืมเลขที่.....ลงวันที่.....		

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)...(-เจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน).....

ลงชื่อ.....
(.....ผู้จ่ายเงิน)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....

- คำชี้แจง ๑. ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พักให้ระบุอัตราวันละและจำนวนวันที่ขอเบิกของแต่ละบุคคลในของหมายเหตุ ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันที่ได้รับเงิน กรณีเป็นการรับจากเงินยืม ให้ระบุวันที่ได้รับจากเงินยืม
- ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ชื่อยืมเงินจากทางราชการ และจ่ายเงินนั้นให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา

เลขที่ ๔๘๘/๘๘ อาคารสยามนครินทร์ คอมเพล็กซ์(ชั้น ๓) ถ.เพชรเกษม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

โทรศัพท์ ๐ ๗๔๒๓ ๓๘๘๘ โทรสาร ๐ ๗๔๒๓ ๕๔๙๔ <http://songkhla.nhso.go.th>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

ที่ สปสช. ๕.๓๓/๑๓๕๔๔

๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๓

เลขที่รับ 009067
วันที่รับ 2 มิ.ย. 2563

เรื่อง เชิญประชุมติดตามงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการประชุมติดตามงานฯ จำนวน ๑ ฉบับ

คู่มืองานส่งเสริมสุขภาพ

เลขที่รับ
วันที่ 26 มิ.ย. 63

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา จะจัดโครงการประชุมติดตามงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของหน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อทราบสถานการณ์และปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา จึงขอประสานมายังท่าน เพื่อเชิญกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของหน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าร่วมประชุมเพื่อติดตามงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยแบ่งเป็น ๒ รุ่นๆ ละ ๑ วัน ระหว่างวันที่ ๑๔ ถึง ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง ทั้งนี้สามารถทางลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมทางเว็บไซต์ <https://songkhla.nhso.go.th/meeting62/meeting.php> รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณอัน **สำเนาถูกต้อง**

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

ขอแสดงความนับถือ

() เพื่อโปรดทราบ.....

() เพื่อโปรดพิจารณา.....

จัดทำขึ้น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

๒๖ มิ.ย. ๖๓

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา

๒๖ มิ.ย. ๖๓

(นางสาวทวีนี เหมียนเอียด
หัวหน้าสำนักงานกสัดฯ

(นายสุนทร คงทองสังข์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

กลุ่มงานภารกิจสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ
โทร. ๐๗๔-๒๓๓๘๘๘ ต่อ ๕๓๖๔ โทรสาร ๐๗๔-๒๓๕๔๙๔
ผู้ประสานงาน : นายชัยยุทธ หลีกเมือง โทร. ๐๘๘๓๙๐๖๖๒๓
Email : chaiyut.l@nhso.go.th, chaiyut48@gmail.com

FM-401-04-040

ฉบับที่ 04

๒๕ มิ.ย. ๖๓

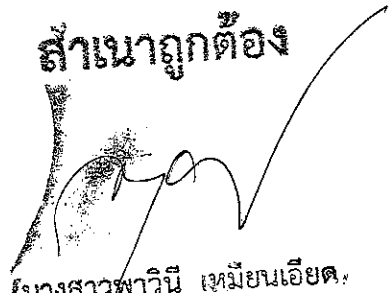
กำหนดการประชุมพัฒนางานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ
 บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงระดับจังหวัดพัทลุง
 วันที่ ๑๔-๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓
 ณ ห้องประชุมชั้น ๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง

-
- เวลา ๐๘.๐๐ – ๐๙.๐๐ น. : ลงทะเบียน
 เวลา ๐๙.๐๐ – ๐๙.๓๐ น. : พิธีเปิดการประชุม
 โดยผู้บริหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. : สถานการณ์การดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี
 ภาวะพึ่งพิง ปี ๒๕๖๓
 โดย นายชัยยุทธ หลีกเมือง หัวหน้างานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ
 เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. : พักรับประทานอาหารกลางวัน
 เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๔.๓๐ น. : แนวทางการดำเนินงาน LTC ปี ๒๕๖๔
 โดย ผู้รับผิดชอบงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 เวลา ๑๔.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. : สรุปการดำเนิน แนวทางLTC ของจังหวัด
 โดย ผู้รับผิดชอบงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

รายละเอียด ผู้เข้าร่วมประชุม

วันที่	จังหวัด	อำเภอ
๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๓	พัทลุง	ป่าพะยอม ควนขนุน ศรีบรรพต ศรีนครินทร์ เมืองพัทลุง
๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓	พัทลุง	ปากพะยูน ป่าบอน ตะโหมด บางแก้ว เขาชัยสน กงหรา

สำเนาถูกต้อง


 (นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
 หัวหน้าสำนักงานไลต์ฯ