

ที่ ๙/๒๕๖๓

วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยDM,HT ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน รพ.สต.บ้านโคกยา จำนวน ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน รพ.สต.บ้านโคกยา มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบเอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน รพ.สต.บ้านโคกยา จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ [Signature] ผู้ขอเบิก
(พ.จ.อ.หญิง จอมขวัญ แนบเนียน)
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อย มียอดเงินคงเหลือ ๕๙๙,๓๐๔.๓๓ บาท (ห้าแสนเก้าหมื่นเก้าพันสามร้อยสี่บาทสามสิบสามสตางค์)

ลงชื่อ [Signature]
(นายจรัส บำรุงเสนา)
ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ
วันที่ _____

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ [Signature]
(นางสุพิศ เทพภักดี)
หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
วันที่ _____

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ [Signature]
(นายนิยม นวลเกลี้ยง)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน
วันที่ _____

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ [Signature]
(นายนิพันธ์ เมืองสง)
วันที่ _____

จ่ายเป็น
Δ เชื้อฉีดพร้อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ
Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)
Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา อำเภอ
เขาชัยสน จังหวัดพัทลุง บัญชีเลขที่ ๐๑๕๔๕๒๕๘๕๙๑๐
เลขที่เช็ค ๒๖๙๔๑๓๘๙ ลงวันที่ _____
จำนวนเงิน ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน)
จ่ายให้
รพ.สต.บ้านโคกยา

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ [Signature] ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายนิพันธ์ เมืองสง)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน
ลงชื่อ [Signature] ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายจรัส บำรุงเสนา)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท
ลงชื่อ [Signature] ผู้รับเงิน (๑)
(นายจรัส บำรุงเสนา)
ตำแหน่ง นายก อบต. เขาชัยสน
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (๒)
ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท
ลงชื่อ [Signature] ผู้จ่ายเงิน
(นางสุพิศ เทพภักดี)
ตำแหน่ง ผอ.กองคลัง
วันที่ _____

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :



เล่มที่ พ.ท. 1626

เลขที่ 054

ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการ รพ. สก- บ้านโคกเขา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
 วันที่ 23 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. เหนือเขิน ตามรายละเอียดดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- อนุมัติเงินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร DM, HT	12,000 -
รวมบาท	12,000 -

จำนวนเงิน = นพ. นส. โสภณ วัฒนาภรณ์ =
 (ตัวอักษร)
 ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

พิมพ์ครั้งที่ 4 (ก.ย.61) 1501-1800

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน
 ตำแหน่ง แพทย์ชำนาญการ
 โรงพยาบาล สก-บ้านโคกเขา
 อ.เขิน จ.พัทลุง



บันทึกข้อตกลง
การขอรับเงินอุดหนุน
กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน

เลขที่ข้อตกลง

8/2563

ที่ทำการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน
๘๑๕ ม.๓ ต.เขาชัยสน อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง ๘๓๑๓๐

วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน ระหว่าง
รพ.สต.บ้านโคกยา โดย นางจิริยา ชำนาญกิจ ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยDM,HT เพื่อเป็นข้อ
ตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ
หรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน โดย นายนิพันธ์ เมืองสง ในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล
อบต.เขาชัยสน ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมในบันทึกนี้ ซึ่งต่อไปเรียกว่า โครงการ/กิจกรรมตามที่กองทุน
สุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน ได้ให้เงินอุดหนุนจำนวนทั้งสิ้น ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และ
แผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนสุขภาพตำบล
อบต.เขาชัยสน และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ ๒ การจ่ายเงิน ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม จะจ่ายเงินให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยมีการจ่าย
ให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ดังนี้

ก. จ่ายงวดเดียวทั้งโครงการ/กิจกรรม เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน)

ข. จ่ายเป็นงวด ดังนี้

งวดที่ ๑ จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

งวดที่ ๒ จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

งวดสุดท้าย จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงานราชการ หน่วยงานนั้นต้องออกใบเสร็จรับเงิน ของหน่วยงานให้กับกองทุนเพื่อเป็นหลักฐานใน
รับเงิน กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรภาคเอกชน หรือภาคประชาชน ให้ผู้แทนหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรภาคเอกชน
หรือภาคประชาชนนั้น ลงนามในใบสำคัญรับเงินที่กองทุนจัดทำขึ้นจำนวน ๒ คน และให้แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับแนบใบสำคัญรับเงิน

ข้อ ๓ ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมต้องนำเงินที่ได้รับไปดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการอนุมัติไป หาก
ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมไม่ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติไป เว้นแต่การไม่ดำเนินการนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัยหรือเกิดภัย
พิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำ ของผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมรับผิดชอบชำระหนี้ที่ได้รับหรือเบิกจ่าย ไปแล้ว
รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมไม่ต้องบอกกล่าวหรือ
ทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ไม่ชำระหนี้ที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือ
กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม
รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย โดยมีเงื่อนไขดังนี้

๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติ

๒. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อ
การตรวจสอบ

๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม

เพื่อให้ง่ายจากการดำเนินงาน ให้คืนเงินที่เหลือให้กองทุน เพื่อดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนแก่โครงการหรือกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป
ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม รายงานผลการดำเนินการให้กองทุนตามรูปแบบและระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งเอกสารอื่นๆ ที่คณะ
กำหนด

กองทุนของสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลง
แก้ไขให้ปฏิบัติตามที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมหนึ่ง
ฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน



(นางจิริยา ชำนาญกิจ)

รพ.สต.บ้านโคกยา
ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม



(นายนิพันธ์ เมืองสง)

ประธานกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน
ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม

(ลงชื่อ).....พยาน
(นางศุภกัญญา ฟูไธล)

กรรมการ

พ.จ.อ. หมิง.....พยาน
(ลงชื่อ) (จอมขวัญ แนบเนียด)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
(องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน)

กรรมการ