

# แบบเสนอโครงการ

## กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลบ้านแยง

### 1. ชื่อโครงการ

ชื่อโครงการ ( ควรเป็นชื่อที่สื่อความหมายถึงเนื้อหาหลักของโครงการหรือประเด็นที่จะดำเนินการ )

.....  
.....

### 2. ประเภทการสนับสนุน

- สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข
- สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น
- สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ
- สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ
- สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ

### 3. ประเภทผู้ที่เสนอโครงการ

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/คณะบุคคล .....

ที่ตั้งอาคาร..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย.....

หมู่บ้าน..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... โทรสาร ..... Email .....

ชื่อ-นามสกุล หัวหน้าองค์กร ..... ตำแหน่ง .....

- หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- หน่วยงานสาธารณสุขของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขฯ ส่วนสาธารณสุขฯ
- หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ เช่น สสอ.
- หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน วัด สถาบันการศึกษา เป็นต้น
- กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

### 4. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ผู้รับผิดชอบโครงการ หมายถึง ผู้ดำเนินการหลักของโครงการ อาจเป็นหรือไม่เป็นหัวหน้าองค์กรก็ได้  
กรณีขอทุนในนามหน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น ผู้รับทุนกับผู้รับผิดชอบโครงการต้องเป็นคน  
คนเดียวกัน

ชื่อ-นามสกุล ..... ตำแหน่ง ..... สังกัด .....

สัญชาติ  ไทย  อื่น ๆ ระบุ ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก .....

เบอร์มือถือ..... โทรสาร..... อีเมล .....

สถานที่ทำงาน  เหมือนที่องค์กรข้างต้น (ไม่ต้องกรอกใหม่)  ไม่เหมือนที่องค์กร (ต้องกรอกใหม่)

อาคาร..... ห้องเลขที่/ชั้น..... บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

หมายเลขบัญชีเงินฝากธนาคาร(ตามโครงการ ถ้ามมี) .....

ชื่อธนาคาร..... สาขา..... จังหวัด.....

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน  เหมือนที่องค์กรข้างต้น  เหมือนที่สถานที่ทำงาน

ไม่เหมือนที่องค์กรและไม่เหมือนสถานที่ทำงาน (ต้องกรอกใหม่)

อาคาร..... ห้องเลขที่/ชั้น..... บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

รายชื่อผู้ร่วมทำโครงการ/คณะทำงาน (รวมทั้งหมดอย่างน้อย ๕ คน)

1. ชื่อ-นามสกุล .....

หน้าที่ในโครงการ ..... ตำแหน่ง .....

สัญชาติ  ไทย  อื่น ๆ ระบุ ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก .....

เบอร์มือถือ..... โทรสาร..... อีเมล .....

ที่อยู่ปัจจุบัน อาคาร..... ห้องเลขที่/ชั้น..... บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

2. ชื่อ-นามสกุล .....

หน้าที่ในโครงการ ..... ตำแหน่ง .....

สัญชาติ  ไทย  อื่น ๆ ระบุ ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก .....

เบอร์มือถือ..... โทรสาร..... อีเมล .....

ที่อยู่ปัจจุบัน อาคาร..... ห้องเลขที่/ชั้น..... บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

3. ชื่อ-นามสกุล .....

หน้าที่ในโครงการ ..... ตำแหน่ง .....

สัญชาติ  ไทย  อื่น ๆ ระบุ ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก .....

เบอร์มือถือ..... โทรสาร..... อีเมล .....

ที่อยู่ปัจจุบัน อาคาร..... ห้องเลขที่/ชั้น..... บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

4. ชื่อ-นามสกุล .....

หน้าที่ในโครงการ ..... ตำแหน่ง .....

สัญชาติ  ไทย  อื่น ๆ ระบุ ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก .....

เบอร์มือถือ..... โทรสาร..... อีเมล .....

ที่อยู่ปัจจุบัน อาคาร..... ห้องเลขที่/ชั้น..... บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

5. ชื่อ-นามสกุล .....

หน้าที่ในโครงการ ..... ตำแหน่ง .....

สัญชาติ  ไทย  อื่น ๆ ระบุ ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก .....

เบอร์มือถือ..... โทรสาร..... อีเมล .....

ที่อยู่ปัจจุบัน อาคาร..... ห้องเลขที่/ชั้น..... บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

6. ชื่อ-นามสกุล .....

หน้าที่ในโครงการ ..... ตำแหน่ง .....

สัญชาติ  ไทย  อื่น ๆ ระบุ ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก .....

เบอร์มือถือ..... โทรสาร..... อีเมล .....

ที่อยู่ปัจจุบัน อาคาร..... ห้องเลขที่/ชั้น..... บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

(หากมากกว่า 6 คน ให้พิมพ์เพิ่มแนบมาได้)

**5. กรณีเปิดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ตามโครงการ)**

ผู้มีอำนาจเบิก ถอน เงินจากธนาคาร จำนวน 3 คน ควรเป็นบุคคลในโครงการ ได้แก่ หัวหน้าโครงการ ผู้ร่วมทำโครงการ/คณะทำงาน พร้อมแนบภาพถ่ายสำเนาบัตรประชาชน

คนที่ 1 ชื่อ.....นามสกุล.....

คนที่ 2 ชื่อ.....นามสกุล.....

คนที่ 3 ชื่อ.....นามสกุล.....

**6. ที่ปรึกษาโครงการ(อย่างน้อย ๑ คน)**

1.ชื่อ-นามสกุล ..... ตำแหน่ง ..... สังกัด .....

สัญชาติ  ไทย  อื่น ๆ ระบุ ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก .....

เบอร์มือถือ..... โทรสาร..... อีเมล .....



### 8. วัตถุประสงค์ของโครงการ

ระบุวัตถุประสงค์ของโครงการที่แสดงให้เห็นว่า โครงการจะก่อให้เกิด การปรับเปลี่ยนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ในกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่ นั้นๆ อย่างไร (วัตถุประสงค์ให้ระบุเป็นข้อ ๆ)

1. เพื่อ.....
2. เพื่อ.....
3. เพื่อ.....
4. เพื่อ.....

### 9. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ระบุตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการทั้งในระดับผลผลิตและผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ)

**ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ** (ระบุเป็นข้อ ๆ)

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย/จำนวน	หน่วยนับ (เช่น คน, แห่ง, ครั้ง)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

**ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ** (ระบุเป็นข้อ ๆ)

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด/เป้าหมาย
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	





## 16. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ระบุผลสำเร็จที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์โครงการ (โดยเขียนเป็นข้อๆ)

.....

.....

.....

.....

.....

## 17. การอนุมัติโครงการ

### 1. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### 2. รายชื่อผู้ร่วมทำโครงการ/คณะทำงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

### 3. ที่ปรึกษาโครงการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

4. คณะกรรมการกลั่นกรองโครงการฯ

- [ ] วัตถุประสงค์กองทุน.....
- [ ] เนื้อหา รายละเอียด.....
- [ ] อัตราต่อหน่วยงบประมาณ.....
- [ ] วัตถุประสงค์กองทุน.....
- [ ] อื่นๆ.....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
(.....) (.....)  
ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
(.....) (.....)

5. ผู้ตรวจสอบโครงการ

ตรวจสอบแล้วเป็นไปตามมติการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ครั้งที่ .....  
วันที่ ..... อนุมัติให้ดำเนินการได้

จำเอก .....  
( พัทธ์เดช พรหมสิงห์ )  
กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

6. ผู้อนุมัติโครงการ

.....  
(นายชูชีพ แก้วคุ้ม)  
นายกเทศมนตรีตำบลบ้านแยง  
ประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลบ้านแยง

เลขที่...../.....

บันทึกข้อตกลง  
การสนับสนุนงบประมาณจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่  
เทศบาลตำบลบ้านแยง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกข้อตกลงนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลบ้านแยง ระหว่าง (ชื่อหัวหน้าโครงการ)..... ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ(ชื่อโครงการ)..... เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลบ้านแยง ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ” ฝ่ายหนึ่งกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลบ้านแยง โดย (ชื่อประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ)..... ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านแยง ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม อีกฝ่ายหนึ่ง ”

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ในบันทึกนี้ เรียกว่าโครงการ/กิจกรรม ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลบ้านแยง ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณ จำนวน ..... บาท(ตัวอักษร) เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรม ตาม (ชื่อโครงการ) ..... ที่แนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการและระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลบ้านแยง และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ ๒ การจ่ายงบประมาณสนับสนุน เป็นการจ่ายตามข้อตกลง เต็มตามจำนวนโครงการฯ โดยมีเงื่อนไขการจ่ายดังต่อไปนี้

รายการที่ ๑	.....เป็นเงิน	..... บาท
รายการที่ ๒	.....เป็นเงิน	..... บาท
รายการที่ ๓	.....เป็นเงิน	..... บาท
รายการที่ ๔	.....เป็นเงิน	..... บาท
รายการที่ ๕	.....เป็นเงิน	..... บาท
รายการที่ ๖	.....เป็นเงิน	..... บาท
รายการที่ ๗	.....เป็นเงิน	..... บาท
รายการที่ ๘	.....เป็นเงิน	..... บาท
รายการที่ ๙	.....เป็นเงิน	..... บาท
	รวมเป็นเงิน(ตัวอักษร.....)	..... บาท

ข้อ ๓ หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมไม่ดำเนินการตาม(ชื่อโครงการ).....

.....และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และ  
 ระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การดำเนินการหรือดำเนินงานไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรม เกิดจากเหตุ  
 สุดิวสัยพันวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบ  
 โครงการ/กิจกรรมยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิด  
 จากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมมีต้องบอกกล่าวหรือทวง  
 ถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหาย  
 รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมยินยอมเสียดอกเบี้ย  
 ตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับตั้งแต่วันที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้  
 ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

๑.การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ

๒.การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการ  
 เบิกจ่าย(ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

๓.ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐาน  
 ครุภัณฑ์ของราชการโดยอนุโลม เว้นแต่ กรณีมีความจำเป็นให้ใช้ราคาตลาดโดยทั่วไปในขณะที่จัดซื้อจัดจ้าง

๔.หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานดังกล่าว ให้ตกเป็นเงินทุนเพื่อดำเนินการส่งเสริม  
 กิจกรรมกลุ่มต่อไป

๕. ให้กลุ่ม/ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานดำเนินงานให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ  
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลบ้านแยง ตามรูปแบบที่กองทุนกำหนด

๖. งบประมาณที่ให้การสนับสนุนเป็นงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ  
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลบ้านแยง

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน ถ้า  
ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม  
หนึ่งฉบับผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือ  
ชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....

( ..... )

ตำแหน่ง.....

ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

(ลงชื่อ).....

( ..... )

นายกเทศมนตรีตำบลบ้านแยง

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน

ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

ตำแหน่ง.....

กรรมการกองทุน

พยาน

(ลงชื่อ).....

( ..... )

กรรมการกองทุน

พยาน

(ลงชื่อ).....

( ..... )

กรรมการกองทุน

พยาน







**11. การตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง**

ให้บันทึกและแสดงความคิดเห็น บันทึกโดยกองทุนฯ

เกี่ยวกับโครงการ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

เอกสารหลักฐาน

- ( ) ถูกต้อง
- ( ) ยังไม่ถูกต้อง ระบุ .....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการกองทุน

ลงชื่อ.....  
(.....)  
กรรมการและเลขานุการกองทุน

**12. รายงานประธานคณะกรรมการบริหารฯ**

- ( ) ทราบ  
ความเห็น(ถ้ามี).....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
นายกเทศมนตรีตำบลบ้านแยง  
ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
ตำบลบ้านแยง

**แผนการใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ**  
**กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านแยง ปี .....**  
**(งบประมาณหมวดที่ ๔ บริหารจัดการ)**

ลำดับ	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	รายละเอียดค่าใช้จ่าย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ

ตรวจสอบแล้วเป็นไปตามมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านแยง ครั้งที่...../..... เมื่อวันที่.....อนุมัติให้ดำเนินการได้

ลงชื่อ .....

( .....

ตำแหน่ง.....

กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอแผน

( .....

ตำแหน่ง .....

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน

( .....

ตำแหน่ง.....

กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

ลงชื่อ.....ประธานคณะกรรมการฯ

( นายชูชีพ แก้วคุ้ม )

นายกเทศมนตรีตำบลบ้านแยง





แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงการ  
กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านแยง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
ตำแหน่งในโครงการ ระบุ.....โครงการ.....

มีความประสงค์(ใส่เครื่องหมาย / )

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ยุติการดำเนินงานโครงการ | <input type="checkbox"/> ขยายเวลาดำเนินงาน |
| <input type="checkbox"/> เพิ่มเติมกิจกรรม        | <input type="checkbox"/> ลด/ตัดกิจกรรม     |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....              |  |

เนื่องจาก

โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

ลงชื่อ

(.....)

หัวหน้าโครงการ

ลงชื่อ

(.....)

คณะทำงานโครงการ

ลงชื่อ

(.....)

คณะทำงานโครงการ

ลงชื่อ

(.....)

คณะทำงานโครงการ

ลงชื่อ

(.....)

คณะทำงานโครงการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการกองทุน

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน

[ ] เห็นสมควรอนุมัติ

[ ] เห็นสมควรขอมติคณะกรรมการฯ

[ ] .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรรมการและเลขานุการกองทุน

[ ] อนุมัติ

[ ] เห็นชอบตามเสนอ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีตำบลบ้านแยง

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เทศบาลตำบลบ้านแยง

ใบสำคัญรับเงิน

ที่ ....เทศบาลตำบลบ้านแยง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/เด็กหญิง/เด็กชาย.....

นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลบ้านแยง ตาม(ระบุโครงการ).....

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
<u>ค่าวิทยากร</u>		
ค่าวิทยากรบรรยาย(เรื่อง/หัวข้อ).....		
.....		
วันที่.....ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....		
วันที่.....ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....		
วันที่.....ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....		
วันที่.....ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....		
รวม.....ชั่วโมง(คาบ) อัตรา.....บาท/หน่วย		
เป็นเงิน	.....	.....
รวมเป็นเงิน(ตัวอักษร.....)	.....	.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เทศบาลตำบลบ้านแยง

ใบสำคัญรับเงิน

ที่ ....เทศบาลตำบลบ้านแยง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลบ้านแยง ตาม(ระบุโครงการ).....

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ค่าจ้างเหมาประกอบอาหารกลางวันและอาหารว่าง(เช้า,บ่าย)		
ค่าจ้างเหมาประกอบอาหารเลี้ยง(ระบุกลุ่มที่จัดเลี้ยง).....		
.....		
กิจกรรม(ระบุ).....		
วันที่.....		
อัตรา.....บาท/คน/มื้อ จำนวน.....คนๆละ.....วัน		
เป็นเงิน		
	.....	.....
รวมเป็นเงิน(ตัวอักษร.....)	.....	.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)





กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เทศบาลตำบลบ้านแยง

ใบสำคัญรับเงิน

ที่ ...เทศบาลตำบลบ้านแยง....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลบ้านแยง ตาม(ระบุโครงการ).....

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
<u>ค่าตอบแทน</u>		
ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน(ระบุนงานที่ปฏิบัติ).....		
.....		
.....		
วันที่.....ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....		
วันที่.....ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....		
วันที่.....ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....		
วันที่.....ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....		
วันที่.....ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....		
วันที่.....ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....		
วันที่.....ตั้งแต่เวลา.....ถึง.....		
รวม จำนวน.....วัน จำนวน.....ชั่วโมง		
อัตรา.....บาท/หน่วย(ระบุหน่วย.....) เป็นเงิน	.....	.....
รวมเป็นเงิน(ตัวอักษร.....)	.....	.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

# คำร้องทั่วไป

เขียนที่ เทศบาลตำบลบ้านแยง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

เรียน เลขาธิการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลบ้านแยง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

มีความประสงค์

.....  
.....  
.....  
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับคำร้อง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบ้านแยง

.....  
.....

( ) ทราบ/ดำเนินการ

.....  
.....

( นายวิชัย มีมาก )

ตำแหน่ง หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ลงชื่อ

( ..... )

ตำแหน่ง ปลัดเทศบาลฯ

กรรมการและเลขานุการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลบ้านแยง

