



แนวทางการขอรับงบประมาณ
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร
อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

แนวทางการขอรับงบประมาณ
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร

ลำดับขั้นตอน	รายละเอียด	ผู้ดำเนินการ	เอกสารประกอบ	หมายเหตุ
ขั้นตอนที่ ๑	เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อขอรับเงินงบประมาณ	หน่วยงาน/องค์กร/ กลุ่มประชาชน	- หนังสือนำส่ง - แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	
ขั้นตอนที่ ๒	คณะกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์แผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม แล้วนำเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฯ	คณะกรรมการ กองทุนฯ		
ขั้นตอนที่ ๓	คณะกรรมการกองทุนฯ พิจารณาแผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม เพื่ออนุมัติ	คณะกรรมการ กองทุนฯ		
ขั้นตอนที่ ๔	แจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่ขอรับการสนับสนุนทราบ (หลังจากได้รับเงินจาก สปสช. และเงินสมทบจาก อบต.)	กองทุน	- หนังสือนำส่ง - เอกสารส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณา แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	
ขั้นตอนที่ ๕	หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่ขอรับเงินสนับสนุนจาก กองทุนฯ ทำหนังสือขอรับงบประมาณพร้อมแนบบัญชี ธนาคารซึ่งเป็นชื่อของหน่วยงานที่ขอรับงบประมาณโดยมีผู้มี อำนาจถอนเงิน ๒ ใน ๓	หน่วยงาน/องค์กร/ กลุ่มประชาชน	- หนังสือนำส่ง - แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้ทำการแก้ไขตามที่ได้รับการอนุมัติแล้ว - สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร - เอกสารผู้มีอำนาจถอนเงินทั้ง ๓ คน	
ขั้นตอนที่ ๖	แจ้งหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ให้มาทำบันทึก ข้อตกลง และรับเงิน	กองทุน	- บันทึกข้อตกลง - ใบสำคัญรับเงิน	
ขั้นตอนที่ ๗	ลงนามในบันทึกข้อตกลง และรับเงินไปดำเนินโครงการฯ	หน่วยงาน/องค์กร/ กลุ่มประชาชน	- สำเนาบัตรประชาชน	
ขั้นตอนที่ ๘	รายงานผลให้กองทุนฯ ทราบภายใน ๓๐ วัน หลังจากเสร็จ สิ้นโครงการ *กรณีมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้ส่งคืนให้กับ กองทุนฯ	หน่วยงาน/องค์กร/ กลุ่มประชาชน	- หนังสือนำส่ง - เอกสารส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการ ดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม - สรุปสรุปเล่ม (หลักฐานการเบิกจ่าย/ใบลงชื่อ ผู้เข้าร่วมโครงการ/ภาพถ่าย/เอกสารอื่นๆ ที่ได้ดำเนินการตามโครงการ)	

- ตัวอย่าง -

เอกสารประกอบ
ขั้นตอนที่ ๑

.....(สถานที่ตั้งหน่วยงาน).....

.....

.....

วันที่

เรื่อง ขอเสนอโครงการเพื่อขอรับสนับสนุนงบประมาณ ประจำปี.....

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน 1 ชุด

ด้วย.....(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน)..... มีความประสงค์จะจัด
.....(ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม)..... โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท

ในการนี้ จึงขอส่งโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณประจำปี..... พร้อมชี้แจง
รายละเอียดในการใช้จ่ายงบประมาณมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ประธาน/หัวหน้าหน่วยงาน

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....

เรียน ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางบุตร

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน (ระบุชื่อ).....มีความประสงค์
จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..... ในปีงบประมาณ
..... โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เป็นเงิน บาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด)

หลักการเหตุผล (มีหรือไม่ก็ได้).....

1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1.
2.
3.

2. วิธีดำเนินการ

1.
2.
3.
4.
5.

3. กลุ่มเป้าหมาย.....คน

4. ระยะเวลาดำเนินการ

5. สถานที่ดำเนินการ

6. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

จำนวนบาท รายละเอียด ดังนี้

- ค่า.....	เป็นเงิน	บาท
- ค่า.....	เป็นเงิน	บาท
- ค่า.....	เป็นเงิน	บาท

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.
2.
3.

8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น)

8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ.2561 ข้อ 10)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน)

- ☐ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]
- ☐ 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]
- ☐ 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]
- ☐ 4. หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]
- ☐ 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]
- ☐ 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]
- ☐ 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

8.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ.2561 ข้อ 10)

- ☐ 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]
- ☐ 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]
- ☐ 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]
- ☐ 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]
- ☐ 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก

- ☐ 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน.....คน
- ☐ 2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน.....คน
- ☐ 3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน.....คน
- ☐ 4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน.....คน
- ☐ 5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.....คน
- ☐ 6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน.....คน
- ☐ 7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน.....คน
- ☐ 8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน.....คน
- ☐ 9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]
- ☐ 10. กลุ่มอื่นๆ (ระบุ).....จำนวน.....คน

8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- ☐ 8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
 - ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ 6. การคัดกรองและดูแลรักษาแม่ตั้งครรภ์ปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
- ☐ 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ)

☐ 8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- ☐ 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- ☐ 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ)

☐ 8.4.3 กลุ่มเด็กวัยรุ่นและเยาวชน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- ☐ 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- ☐ 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- ☐ 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ☐ 9. อื่นๆ (ระบุ)

☐ 8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- ☐ 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- ☐ 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- ☐ 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ☐ 9. อื่นๆ (ระบุ)

☐ 8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ☐ 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ☐ 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ)

☐ 8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ☐ 6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ☐ 7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ☐ 8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- ☐ 9. อื่นๆ (ระบุ)

☐ 8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ☐ 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ☐ 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ)

☐ 8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

- ☐ 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- ☐ 6. อื่นๆ (ระบุ)

☐ 8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

☐ 1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

☐ 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

☐ 3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

☐ 4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

☐ 5. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ระบุ)

☐ 8.4.10 กลุ่มอื่นๆ (ระบุ).....

☐ . อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

- ตัวอย่าง -

เอกสารประกอบ
ขั้นตอนที่ ๔



ที่ สปสช...../ ๒๕๖๓

ที่ทำการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร
ถนนบางบุตร - วังจันทร์ รย. ๒๑๑๒๐

วันที่.....

เรื่อง แจ้งการอนุมัติงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร
ปีงบประมาณ.....

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ๑ ฉบับ
๒. แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้เสนอแผนงาน/โครงการ ขอรับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรม ประเภทที่
.....
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร ปีงบประมาณ..... และคณะกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพ ได้ประชุมพิจารณาแผนงาน/โครงการ เมื่อคราวประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ
ครั้งที่ ในวันที่..... มีมติเห็นชอบอนุมัติโครงการที่ท่านเสนอมา คือ
..... งบประมาณ บาท
(.....)

ดังนั้น จึงขอให้ท่านได้จัดทำหนังสือแจ้งขอรับเงินจากกองทุนฯ พร้อมแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องในการ
รับเงิน เพื่อนำไปดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการต่อไป และเมื่อดำเนินการโครงการแล้วเสร็จ
ให้รายงานผลการดำเนินงานตามเอกสารแนบท้ายส่วนที่ ๓ พร้อมหลักฐานเอกสารประกอบการโครงการส่งให้
กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร ภายใน ๓๐ วัน หลังจากดำเนินงานตาม
โครงการเสร็จแล้ว หากมีเงินเหลือจ่ายให้ส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายจตุรงค์ วงศ์สุวรรณ)

ประธานกรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร

ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อบท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....
ครั้งที่ / 25..... เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

- ☐ งบประมาณที่เสนอ จำนวน.....บาท
- ☐ อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน บาท
เพราะ
- ☐ ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

- ☐ ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3) ภายในวันที่

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่-เดือน-พ.ศ.

- ตัวอย่าง -

เอกสารประกอบ
ขั้นตอนที่ ๕

ที่...../.....

.....สถานที่ตั้งหน่วยงาน.....

.....

.....

วันที่.....

เรื่อง ขอรับเงินสนับสนุนงบประมาณตามโครงการ

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร

อ้างถึง หนังสือกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร ที่...../.....
ลงวันที่.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนคณะกรรมการรับเงิน จำนวน 3 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร ได้แจ้งอนุมัติการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของ.....ในปีงบประมาณ..... คือ โครงการ.....
งบประมาณ บาท (.....)

ทั้งนี้ได้แต่งตั้งคณะกรรมการรับเงิน จำนวน 3 คน ดังต่อไปนี้

1.
2.
3.

และหากได้ดำเนินกิจกรรมโครงการแล้วเสร็จ จะดำเนินการรายงานผลพร้อมเอกสารหลักฐานให้ทราบต่อไป
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ประธาน/หัวหน้าหน่วยงาน

- ตัวอย่าง -

เอกสารประกอบ
ขั้นตอนที่ ๖

ข้อตกลงเลขที่.....

บันทึกข้อตกลง
การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
กองทุนสุขภาพตำบลอบต.บางบุตร

เขียนที่ กองทุนฯ

วันที่.....

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนฯ ระหว่าง โดย.....ในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ซึ่งต่อไป
ในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับกองทุนฯ โดย
.....ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า
“ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/แผนการดำเนิน ของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการอุดหนุนเงิน จำนวน บาท (.....)

เงื่อนไขการจ่ายเงิน โดยมีเงื่อนไขการจ่ายดังต่อไปนี้

ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

- (1) โครงการ/กิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- (2) แบบบันทึกข้อตกลง ต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน

ประกอบด้วย

(2.1) รายละเอียดโครงการ เช่น..... เป็นต้น

(2.2) รายละเอียดการจ่าย (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) งวดเดียว เมื่อลงนามในข้อตกลงแล้ว

(2.3) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

(2.4) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน สิ่งต้องส่งได้แก่

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

ข้อ 2 หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมโดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
2. การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ
5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนฯ กำหนด

6. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนฯ กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ และผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม
(.....)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....นามสกุลอยู่บ้านเลขที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน

จำนวนเงิน บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

- ตัวอย่าง -

เอกสารประกอบ
ขั้นตอนที่ ๘

.....(สถานที่ตั้งหน่วยงาน).....

.....

.....

วันที่

เรื่อง ส่งสรุปโครงการปีงบประมาณ ประจำปี.....

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน 1 ชุด

ด้วย.....(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน)..... ได้ดำเนินโครงการ.....
(ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม)..... เสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ จึงขอส่งสรุปผลการดำเนินโครงการ..... ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย
แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ประธาน/หัวหน้าหน่วยงาน

ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

1. ผลการดำเนินงาน

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

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

☐ บรรลุตามวัตถุประสงค์

☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง บาท คิดเป็นร้อยละ

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาท คิดเป็นร้อยละ

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☐ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

.....

ลงชื่อ ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

