



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ  
เลขรับที่..... ๒๕๒  
วันที่..... ๓..... / ๓..... / ๒๕๖๘  
เวลา..... ๑๐.๐๑ น.

ที่ พบ ๓๓๖๐๕/๐๕

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ  
หมู่ที่ ๑ ตำบลห้วยซ้อ อำเภอบ้านลาด  
จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๑๕๐

๓๑ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งผลการอนุมัติโครงการ/กิจกรรม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ

อ้างถึง มติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๘ วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๘


สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กปท. ๙ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. กปท.๑๐ แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๑ ฉบับ  
๓. ตัวอย่างหนังสือขอเบิกเงินโครงการฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ กองการศึกษา ได้เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ ตามโครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ซึ่งตามโครงการจะมีค่าใช้จ่ายต่างๆในการจัดกิจกรรม เป็นเงิน ๙,๗๕๕ บาท (เก้าพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

บัดนี้ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ ได้พิจารณาอนุมัติงบประมาณสนับสนุนโครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เรียบร้อยแล้ว ในคราวประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๘ วงเงินงบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๙,๗๕๕ บาท (เก้าพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หากหน่วยงานของท่าน มีความประสงค์ที่จะเบิกจ่ายเงินให้แจ้งมายังกองทุนฯ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง และให้ท่านดำเนินงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ และเมื่อเสร็จสิ้นโครงการให้จัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อให้คณะกรรมการกองทุนฯ รับทราบให้องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่มีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุต่อไป ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒. สำหรับการเบิกจ่ายเงินเมื่อจะดำเนินโครงการให้ท่านแจ้งความประสงค์ขอเบิกเงินมายังกองทุนฯ อีกครั้ง ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

  
(นายบุญชู พุ่มจิตร)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.หนองกะปุ

งาน สปสช. (กองสวัสดิการสังคม)

โทร. ๐-๓๒๔-๗๓๗๔-๗

โทรสาร ๐-๓๒๔-๗๓๗๔-๗



แบบอนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
 กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปู๋ รหัส กปท. L๓๕๘๕  
 อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ ๒/ ๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๘ สรุปผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

๑. ความสอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน

สอดคล้อง  ไม่สอดคล้อง

ความเห็นเพิ่มเติม.....

๒. ความซ้ำซ้อนของงบประมาณกองทุน ฯ กับงบประมาณจากแหล่งอื่น

ซ้ำซ้อน  ไม่ซ้ำซ้อน

ความเห็นเพิ่มเติม.....

๓. ความเสี่ยงจากผลประโยชน์ทับซ้อน

เสี่ยง  ไม่เสี่ยง

ความเห็นเพิ่มเติม.....

๔. เป็นหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่มีสิทธิขอรับงบประมาณ (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)

(เลือกเพียง ๑ ข้อ)

๖. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ ๑๐ (๓)]

๕. ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)

(เลือกเพียง ๑ ข้อ)

๓. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ  
 หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ ๑๐ (๓)]

๖. งบประมาณที่เสนอ จำนวน ๙,๗๕๕ บาท

- อนุมัติงบประมาณ เนื่องจากแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
- ประชาชนได้รับผลประโยชน์  ตรงตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ฯ
  - ผู้รับผิดชอบงานมีศักยภาพ  ค่าใช้จ่ายมีความคุ้มค่า

จึงเห็นควรสนับสนุน เป็นเงิน จำนวน ๙,๗๕๕ บาท


ความเห็นเพิ่มเติม.....

ไม่อนุมัติงบประมาณ

เพราะ.....



- ✓ ให้รายงานผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
ภายในวันที่....๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘.....(ตามแบบฟอร์ม ฯ กปท.๑๐)
- ✓ ให้ อปท. แจ้งผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ทราบผล เพื่อดำเนินการ ต่อไป

ลงชื่อ .....  .....

(นายมานะ ฤมรา)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการประชุม

วันที่ ๓๐ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ลงชื่อ .....  .....

(นายบุญชู พุ่มจิตร)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ

วันที่ ๓๐ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘





แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม  
 กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปูลี รหัส กปท. L๓๕๘๕  
 อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

๑.ชื่อ  แผนงาน  โครงการ  กิจกรรม

.....

๒.ผลการดำเนินงาน

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

๓.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์  
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

.....  
 .....

๔.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....บาท  
 งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....บาท คิดเป็นร้อยละ .....  
 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน .....บาท คิดเป็นร้อยละ .....

๕.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี  
 มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

๖.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม

- สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)  
 ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง  
 อื่น ๆ .....



๗.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย ๓ คน ขึ้นไป)

๑. ชื่อ.....หมายเลขโทรศัพท์.....  
 ๒. ชื่อ.....หมายเลขโทรศัพท์.....  
 ๓. ชื่อ.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน  
 (.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....



(ตัวอย่างหนังสือส่ง/สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓)



ที่ .....

ที่ทำการ.....  
.....  
.....

เรื่อง ขอตรวจสอบเงินรายได้และขอเบิกเงินสนับสนุนโครงการ.....

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ (หน่วยงาน).....ได้รับการสนับสนุนงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ เป็นเงิน.....บาท (.....) เพื่อนำมาใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมตามโครงการ..... เพื่อให้(วัตถุประสงค์หลัก)..... โดยกำหนดจัดกิจกรรมในวัน..... ณ (สถานที่).....ซึ่ง

ได้รับการอนุมัติงบประมาณตามโครงการ ฯ ดังกล่าว ในคราวประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ นั้น

บัดนี้ (หน่วยงาน).....มีความประสงค์ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมตามโครงการ..... จึงขอตรวจสอบเงินรายได้และขอเบิกเงินสนับสนุนตามโครงการ ฯ ดังกล่าว เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....) พร้อมนี้ขอแจ้งชื่อบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา..... ชื่อบัญชี “.....” (ตามสำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารที่แนบมาพร้อมนี้) และขอแจ้งรายชื่อคณะกรรมการรับเงิน จำนวน ๓ ท่านดังนี้

- |         |               |
|---------|---------------|
| ๑. .... | ตำแหน่ง ..... |
| ๒. .... | ตำแหน่ง ..... |
| ๓. .... | ตำแหน่ง ..... |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....