

สรุปผลการดำเนินงานโครงการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กองทุนฯ อบต./เทศบาลต.หวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ประจำปีงบประมาณ 2561

รายการ	จำนวนโครงการ	จำนวนเงิน
สนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	3	78,287.00
สนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	19	115,980.00
สนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	2	40,800.00
สนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	1	29,015.00
สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	1	0.00
รวม	26	264,082.00

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ
(นางวชิรารณ คลังจินดา)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลต.หวาย
นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ๕ ปี ๒๕๖๑

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลต.หวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

สรุปการเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☐ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำปีงบประมาณ 2561

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	11,357.32	
2. รายการรับ		
2.1 เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	170,685.00	62.73
2.2 เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	100,000.00	36.75
2.3 เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	311.83	0.11
2.4 เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	1,100.00	0.40
2.5 เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	272,096.83	
3. รายการจ่าย		
3.1 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	78,287.00	29.64
3.2 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	115,980.00	43.92
3.3 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	40,800.00	15.45
3.4 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	29,015.00	10.99
3.5 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	264,082.00	
คงเหลือยกไป	19,372.15	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางวชิรารวรรณ คลังจินดา)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ๔/ ๒๕๖๑

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำไตรมาสกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☐ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ไตรมาสที่ 4 ประจำปีงบประมาณ 2561

รายการ	ไตรมาสนี้	รวมทั้งปี
1. ยอดยกมาจากไตรมาสที่แล้ว	28,296.57	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	65.58	311.83
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	65.58	272,096.83
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	78,287.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	115,980.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	40,800.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	8,990.00	29,015.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	8,990.00	264,082.00
คงเหลือยกไป	19,372.15	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางวชิรารณ คลังจินดา)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ๔ / ปี ๒๕๖1

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำปีไตรมาสกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☐ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ไตรมาสที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2561

รายการ	ไตรมาสนี้	รวมทั้งปี
1. ยอดยกมาจากไตรมาสที่แล้ว	35,696.57	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	246.25
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	0.00	272,031.25
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	78,287.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	115,980.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	40,800.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	7,400.00	20,025.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	7,400.00	255,092.00
คงเหลือยกไป	28,296.57	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางวชิราวรรณ คลังจินดา)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขและบัญชี

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำปีไตรมาสกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☐ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ไตรมาสที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2561

รายการ	ไตรมาสนี้	รวมทั้งปี
1. ยอดยกมาจากรายไตรมาสที่แล้ว	282,042.32	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	246.25	246.25
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	1,100.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	1,346.25	272,031.25
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	78,287.00	78,287.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	115,980.00	115,980.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	40,800.00	40,800.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	12,625.00	12,625.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	247,692.00	247,692.00
คงเหลือยกไป	35,696.57	

เขียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ
(นางวชิราวรรณ คลั่งจินดา)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำปีไตรมาสกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☐ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ไตรมาสที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2561

รายการ	ไตรมาสนี้	รวมทั้งปี
1. ยอดยกมาจากไตรมาสที่แล้ว	11,357.32	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	170,685.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	100,000.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	0.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	270,685.00	270,685.00
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	0.00	0.00
คงเหลือยกไป	282,042.32	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางวชิรารณ คลังจินดา)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล อย่างหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน ตุลาคม 2560 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	11,357.32	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	0.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	0.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	0.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	0.00	0.00
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	0.00	0.00
คงเหลือยกไป	11,357.32	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....*เอกทพ*.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....*นางวชิราวรรณ คลังจินดา*.....ผู้จัดทำ
(นางวชิราวรรณ คลังจินดา)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....*นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส*.....ผู้รายงาน
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอย่างหวาย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....*นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส*.....ผู้เห็นชอบ
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอย่างหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน พฤศจิกายน 2560 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากรายการปีที่แล้ว	11,357.32	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	0.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	100,000.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	0.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	100,000.00	100,000.00
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	0.00	0.00
คงเหลือยกไป	111,357.32	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ
(นางวชิราวรรณ คลังจินดา)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน ธันวาคม 2560 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	111,357.32	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	170,685.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	0.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	170,685.00	270,685.00
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	0.00	0.00
คงเหลือยกไป	282,042.32	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ
(นางวชิรารณ คลังจินดา)
เจ้าหน้าที่สำนักงานการเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน มกราคม 2561 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	282,042.32	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	1,100.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	1,100.00	271,785.00
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	0.00	0.00
คงเหลือยกไป	283,142.32	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ
(นางวชิรารณ คลังจินดา)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน กุมภาพันธ์ 2561 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากรายการปีที่แล้ว	283,142.32	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	0.00	271,785.00
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	78,287.00	78,287.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	115,980.00	115,980.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	40,800.00	40,800.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	235,067.00	235,067.00
คงเหลือยกไป	48,075.32	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางวชิรารณ คลังจินดา)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน มีนาคม 2561 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากรายการปีที่แล้ว	48,075.32	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	246.25	246.25
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	246.25	272,031.25
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	78,287.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	115,980.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	40,800.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	12,625.00	12,625.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	12,625.00	247,692.00
คงเหลือยกไป	35,696.57	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ
(นางวชิรารณ คลังจินดา)
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน เมษายน 2561 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	35,696.57	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	246.25
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	0.00	272,031.25
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	78,287.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	115,980.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	40,800.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	12,625.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	0.00	247,692.00
คงเหลือยกไป	35,696.57	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ
(นางฉวีวรรณ คลังจินดา)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน พฤษภาคม 2561 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	35,696.57	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	246.25
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	0.00	272,031.25
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	78,287.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	115,980.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	40,800.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	12,625.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	0.00	247,692.00
คงเหลือยกไป	35,696.57	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางวชิราวรรณ คลังจินดา)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล อย่างหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน มิถุนายน 2561 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากรายการปีที่แล้ว	35,696.57	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	246.25
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	0.00	272,031.25
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	78,287.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	115,980.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	40,800.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	7,400.00	20,025.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	7,400.00	255,092.00
คงเหลือยกไป	28,296.57	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ
(นางชัชวาลวรรณ คลังจินดา)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(นายชูศักดิ์ ชัยจรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอย่างหวาย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ
(นายชูศักดิ์ ชัยจรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอย่างหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน กรกฎาคม 2561 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	28,296.57	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	246.25
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงิน ได้อื่นๆ	0.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	0.00	272,031.25
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	78,287.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	115,980.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	40,800.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	20,025.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	0.00	255,092.00
คงเหลือยกไป	28,296.57	

เขียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ
(นางวชิรารณ คลังจันทร์)
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานการเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ .../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน สิงหาคม 2561 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากรายการปีที่แล้ว	28,296.57	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	246.25
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	0.00	272,031.25
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	78,287.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	115,980.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	40,800.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	20,025.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	0.00	255,092.00
คงเหลือยกไป	28,296.57	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางวชิราวรรณ คลังจินต)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๖๑

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

☒ อบต. ☐ เทศบาล ยางหวาย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (L0997)

ประจำเดือน กันยายน 2561 ปีงบประมาณ 2561

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากรายการปีที่แล้ว	28,296.57	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	170,685.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	100,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	65.58	311.83
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	1,100.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายรับ	65.58	272,096.83
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	78,287.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	115,980.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	40,800.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	8,990.00	29,015.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	8,990.00	264,082.00
คงเหลือยกไป	19,372.15	

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ
(นางวชิรารณ คลังจินดา)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
นายก.....

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ 4/ ปี 2561

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ
(นายชูศักดิ์ ชัยจำรัส)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวาย
ประธานกรรมการกองทุนฯ