

ฎีกาเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม

เลขที่01/2567.....

วันที่จัดทำ 7/11/2567

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม ได้อนุมัติโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลรายบุคคล รวมทั้งค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ให้แก่ รพ.สต.บ้านห้วยไร่ จำนวน 24,000.00 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) โดยจ่ายงวดเดียว เป็นจำนวนเงิน 24,000.00 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน)

ในการนี้ รพ.สต.บ้านห้วยไร่ มีความประสงค์ขอเบิกเงิน จำนวน 24,000.00 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการฯ และ แผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน2.... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ)นางบานเย็น ศรีวงษ์.....จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)
(...นายพิเชษฐศักดิ์ สุระประจิด....)

ตำแหน่ง...เลขานุการคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต.โนนพะยอม

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้ว มีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 24,000.00 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (...นายนิศ แผลมคม...) ตำแหน่ง.....คณะทำงานด้านการเงิน.... วันที่.....	เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย งวดที่ 1 จำนวน 24,000.00 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (...นางพรรณิ ค้าระกาย...) หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย วันที่.....
เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 24,000.00 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (...นายพิเชษฐศักดิ์ สุระประจิด...) ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น วันที่.....	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 24,000.00 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (...นายสมพร กองกะมุด...) ผู้บริหารท้องถิ่น วันที่.....
จ่ายเป็น ☒ เชื้อชีวิตครอบครัว/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ ทางธนาคาร ธนาคาร <u>สกส</u> บัญชีเลขที่ <u>9 พ. ๕ ๖ ๖</u> เลขที่เช็ค <u>๒๖/๒195A</u> ลงวันที่ <u>๗ พ. ๕ ๖ ๖</u> จำนวนเงิน <u>๒๔,๐๐๐</u> บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) <u>นางบานเย็น ศรีวงษ์</u>	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนาม (...นายสมพร กองกะมุด...) ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนาม (นายพิเชษฐศักดิ์ สุระประจิด) ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจลงนาม (...นางพรรณิ ค้าระกาย...)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 24,000.00 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (1) (...นางบานเย็น ศรีวงษ์...) ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านห้วยไร่..... วันที่.....	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้วจำนวน 24,000.00 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (...นางพรรณิ ค้าระกาย...) ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการกองคลัง..... วันที่.....
---	--

หมายเหตุ(1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน / ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

รายละเอียดโครงการ รหัสโครงการ: 140840

หน่วยจัดบริการ*

รพ.สต.บ้านห้วยไร่

วันที่บันทึกโครงการ

04/09/2566

วันที่โอน LTC อนุมัติ

18/07/2566

วันที่เริ่มต้นโครงการ*

18/07/2566

วันที่สิ้นสุดโครงการ

17/07/2567

รายละเอียดข้อตกลง

งวดการจ่าย จากทั้งหมด *

รวมจ่ายเป็นเงินทั้งหมด *

วันที่บันทึกฎีกา *

ประจำงวดที่ 1 จากทั้งหมด 1

24,000.00

07/11/2566

๘ บันทึกผลการออกฎีกา

๖ กลับหน้าหลัก

รายละเอียดรายบุคคลที่เสนอทำ Care Plan

วงเงินที่นำมาพิจารณาอนุมัติ
24,000.00 บาท

วงเงินรวมอนุมัติรายบุคคล
24,000.00 บาท

#	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ-สกุล	สิทธิ์	อายุ	ADI	กลุ่ม	TAI	เงินอนุมัติรายบุคคล	หมายเหตุ
1	3401800101814	นายบุญบัง เอ็นสวัสดิ์	OFC	ชาย : 89 ปี	9	1	B3	6,000.00	
2	3540500163189	นางลำไย ผาทอง	OFC	หญิง : 72 ปี	2	3	I3	6,000.00	
3	3401800208163	นายสนั่น นาทิ	LGO	ชาย : 77 ปี	8	1	B3	6,000.00	
4	3401800101822	นางอัม เอ็นสวัสดิ์	OFC	หญิง : 88 ปี	9	1	B3	6,000.00	

โลโก้ (ถ้ามี)

ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

ระหว่าง

องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม กับ รพ.สต.บ้านห้วยไร่

ข้อตกลงเลขที่1.. /2567.....

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม ตั้งอยู่ที่ อำเภอ ชนบท จังหวัด ขอนแก่น เมื่อวันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2566 ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอมโดย...นายสมพร กองกะมุด..... (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ รพ.สต.บ้านห้วยไร่

โดย.....นางบานเย็น ศรีวงษ์.....(ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 การดำเนินงาน ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะ กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

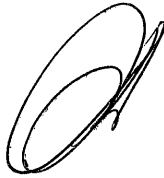
ข้อ 2 การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุป แผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ข้อตกลงนี้

ข้อ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่(ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง)จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน 24,000.00 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) โดย เป็นจำนวนเงิน 24,000.00 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

ข้อ 4 หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2566 สิ้นสุดในวันที่ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2567 โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลง ให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินงานในโปรแกรม LTC

ข้อ 5 กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีสิทธิยกเลิกข้อตกลง และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ



ลงชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(.....นายสมพร กองกะมุด.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม



ลงชื่อ หน่วยจัดบริการ

(.....นางบานเย็น ศรีวงษ์.....)

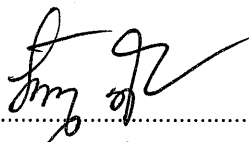
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านห้วยไร่



ลงชื่อ พยาน

(..นางพรณี คำระกาย...)

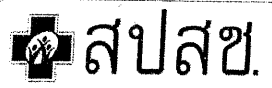
ผู้อำนวยการกองคลัง



ลงชื่อ พยาน

(.....นางสาววัลยา ทองน้อย.....)

Care manager



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๗ ขอนแก่น

๓๕๖/๑ อาคารซีพี ชั้น ๓ ถนนมิตรภาพ ต.เมืองเก่า อ.เมือง จ.ขอนแก่น ๔๐๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๔๓๓๖ ๕๒๐๐ www.nhso.go.th/khonkaen

องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม

เลขรับ.....

วันที่.....

เวลา.....

ที่ สปสช.๙.๓๐ / ๖๖๓๖๖

๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งโอนงบประมาณกองทุนสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care ; LTC) รอบโอนวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖

เรียน นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (ตามเอกสารแนบ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อและรายละเอียดการโอนเงินรายกองทุนฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่หน่วยงานของท่านได้ดำเนินงานกองทุนสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care ; LTC) และได้ยืนยันการอนุมัติรายชื่อกลุ่มเป้าหมายและบันทึกข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคลและงบประมาณ ผ่านระบบ <https://ltcnew.nhso.go.th> เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสำนักงานฯ ได้ตรวจสอบประมวลผลข้อมูลและโอนงบประมาณตามหลักเกณฑ์แนวทางเงื่อนไขที่กำหนดแล้วนั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๗ ขอนแก่น จึงขอแจ้งการโอนงบประมาณกองทุนสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care ; LTC) รอบโอนวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖ พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากท่านในการเร่งรัดการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและโปรดเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการตามสิทธิ รายละเอียดตาม QR Code ท้ายหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาแจ้งผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อไป

เรียน นายก อบต.โนนพะยอม

() เพื่อโปรดพิจารณา

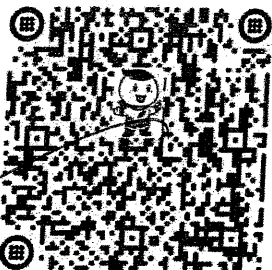
() เพื่อโปรดทราบ

๑๒/๑๑/๒๕๖๖
นายก อบต.โนนพะยอม

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ อาสายุทธ)

ผู้อำนวยการกลุ่ม รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการเขต
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๗ ขอนแก่น



งานสนับสนุนการจัดระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

ผู้รับผิดชอบ นายประเสริฐ เพ็ญสวัสดิ์ โทรศัพท์ ๐-๔๓๓๖-๕๒๐๐ มือถือ ๐๙๐-๑๙๙๙๕๒๐๙ E-mail : poramete.p@nhso.go.th

นายอัญญณิธิ วิรพัฒน์โสภณ โทรศัพท์ ๐-๔๓๓๖-๕๒๐๐ มือถือ ๐๙๐-๑๙๙๙๕๒๐๑ E-mail : thungnithi.w@nhso.go.th

นายพสิษฐ์ จิระสุโขทัย โทรศัพท์ ๐-๔๓๓๖-๕๒๐๐ มือถือ ๐๙๐-๑๙๙๙๕๒๐๕ E-mail : pasitj@nhso.go.th

นายสมพร กองกะมุด

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม

จังหวัด กรุงเทพมหานคร

ชื่อหน่วยงาน

สภ.สข.จะโอินเงินโพ วันที่ 20 กันยายน 2566

จังหวัด	รหัสโครงการ	ชื่อโครงการ	จำนวน CP	รวมเงินหน่วยจ่าย	เงินคงเหลือ ธกส. (อปท)	ประเภทการจัดสรรตามเงินคงเหลือ	สภ.สข. ยืนยันจัดสรร	Careplanที่ยืนยัน
กาฬสินธุ์	19817	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลหนองแปน)	74	444,000.00	59,482.26	390,000.00	390,000.00	65
กาฬสินธุ์	10312	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลหนองเมี่ยง)	61	366,000.00	10,647.66	360,000.00	360,000.00	60
กาฬสินธุ์	10354	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลกสิกรรมใหม่)	40	240,000.00	34.21	240,000.00	240,000.00	40
กาฬสินธุ์	10323	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลภูแล่นช้าง)	27	162,000.00	1,055.27	162,000.00	162,000.00	27
กาฬสินธุ์	10410	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลนาหว้า)	15	90,000.00	704.62	90,000.00	90,000.00	15
กาฬสินธุ์	10365	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลโคกศรี)	7	42,000.00	3,449.36	42,000.00	42,000.00	7
กาฬสินธุ์	10411	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลโนน)	3	18,000.00	81.76	18,000.00	18,000.00	3
ขอนแก่น	10598	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล)	103	618,000.00	1,617.73	618,000.00	618,000.00	103
ขอนแก่น	10629	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสี)	164	984,000.00	3,511.14	984,000.00	984,000.00	164
ขอนแก่น	10613	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลนาขมิ้น)	41	246,000.00	657,398.63	246,000.00	246,000.00	41
ขอนแก่น	17746	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	28	168,000.00	423.70	168,000.00	168,000.00	28
ขอนแก่น	10567	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลนาขมิ้น)	14	84,000.00	81,206.73	84,000.00	84,000.00	14
ขอนแก่น	10604	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	12	72,000.00	6,771.81	72,000.00	72,000.00	12
ขอนแก่น	10527	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	9	54,000.00	733.84	54,000.00	54,000.00	9
ขอนแก่น	10519	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	6	36,000.00	1,124.13	36,000.00	36,000.00	6
ขอนแก่น	10519	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	12	72,000.00	1,975.66	72,000.00	72,000.00	12
ขอนแก่น	10675	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลโนนสะอาด)	61	366,000.00	721,370.31	366,000.00	366,000.00	61
ขอนแก่น	13867	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	8	48,000.00	441,421.95	48,000.00	48,000.00	8
ขอนแก่น	13906	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	250	1,500,000.00	408,673.30	1,500,000.00	1,500,000.00	250
ขอนแก่น	13868	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	108	668,000.00	523,612.57	668,000.00	668,000.00	108
ขอนแก่น	13834	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	109	654,000.00	22,059.48	654,000.00	654,000.00	109
ขอนแก่น	13939	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	23	138,000.00	199.20	138,000.00	138,000.00	23
ขอนแก่น	17756	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	28	168,000.00	3,950.29	168,000.00	168,000.00	28
ขอนแก่น	13817	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	16	96,000.00	37,102.31	96,000.00	96,000.00	16
ขอนแก่น	13841	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	6	36,000.00	22,901.42	36,000.00	36,000.00	6
ขอนแก่น	13901	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	74	444,000.00	3,336.13	444,000.00	444,000.00	74
ขอนแก่น	13821	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	7	42,000.00	854,884.36	42,000.00	42,000.00	7
ขอนแก่น	17768	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลนาขมิ้น)	66	396,000.00	919,370.69	396,000.00	396,000.00	66
ขอนแก่น	14210	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	63	378,000.00	757.07	378,000.00	378,000.00	63
ขอนแก่น	14244	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	58	348,000.00	446.99	348,000.00	348,000.00	58
ขอนแก่น	14201	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลนาขมิ้น)	56	336,000.00	2,147.47	336,000.00	336,000.00	56
ขอนแก่น	14257	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	48	288,000.00	87.58	288,000.00	288,000.00	48
ขอนแก่น	14338	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	37	222,000.00	730.91	222,000.00	222,000.00	37
ขอนแก่น	14243	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	33	198,000.00	19,636.01	198,000.00	198,000.00	33
ขอนแก่น	14277	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลนาขมิ้น)	29	174,000.00	185.57	174,000.00	174,000.00	29
ขอนแก่น	14248	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	30	180,000.00	531.21	180,000.00	180,000.00	30
ขอนแก่น	14322	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	34	204,000.00	28,515.01	204,000.00	204,000.00	34
ขอนแก่น	19199	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	70	420,000.00	104,925.62	420,000.00	420,000.00	70
ขอนแก่น	14343	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลนาขมิ้น)	3	18,000.00	343,285.40	18,000.00	18,000.00	3
ขอนแก่น	14196	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลนาขมิ้น)	3	18,000.00	7,738.60	18,000.00	18,000.00	3
ขอนแก่น	14196	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เทศบาลตำบลนาขมิ้น)	3	18,000.00	12,252.13	18,000.00	18,000.00	3

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
ตำแหน่ง **หลวงวิจิตรวาทธรรม**



ใบสำคัญแสดงการฝากเงิน

1. นำสมุดเงินฝากและใบสำคัญแสดงการฝากเงิน ไปฝากเงิน
2. ธนาคารจะบันทึกเงินฝากไว้ในสมุดเงินฝาก และออกใบสำคัญแสดงการฝากเงิน
3. ใบสำคัญแสดงการฝากเงินเป็นหลักฐานการฝากเงิน และใช้ถอนเงินได้ตามที่ระบุไว้
4. หากเงินฝากเป็นเงินฝากประจำ จะได้รับดอกเบี้ยตามที่ธนาคารกำหนด
5. หากเงินฝากเป็นเงินฝากออมทรัพย์ จะได้รับดอกเบี้ยตามที่ธนาคารกำหนด
6. หากเงินฝากเป็นเงินฝากออมทรัพย์ จะได้รับดอกเบี้ยตามที่ธนาคารกำหนด
7. หากเงินฝากเป็นเงินฝากออมทรัพย์ จะได้รับดอกเบี้ยตามที่ธนาคารกำหนด
8. หากเงินฝากเป็นเงินฝากออมทรัพย์ จะได้รับดอกเบี้ยตามที่ธนาคารกำหนด
9. หากเงินฝากเป็นเงินฝากออมทรัพย์ จะได้รับดอกเบี้ยตามที่ธนาคารกำหนด
10. หากเงินฝากเป็นเงินฝากออมทรัพย์ จะได้รับดอกเบี้ยตามที่ธนาคารกำหนด

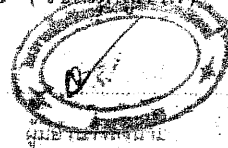
รหัสสาขา 0433 บัญชีเลขที่ 020155037929
Branch Code Account No.
ชื่อสาขา สาขาชนบท รหัสโครงการ
Branch Name Project Code
ชื่อบัญชี
Account Name
รพ.สต.บ้านห้วยไร่ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดเงินฝาก)



196695873
ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES
ธนาคารออมสิน

เลขที่ 000196695873



Authorized Signature

สำเนาถูกต้อง

[Signature]

นางบามเย็น ศรีวงษ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยไร่

