

กรณี "ขอ" รับการสนับสนุนงบประมาณ

แบบที่ 1

คำรักษาพยาบาล อส. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ไตรมาส ที่ 4 (ก.ค - ก.ย. 59)
 ที่ทำการปกครองจังหวัด

ส่งภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2559

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร ไตรมาส 3 1	เบิกจ่าย ไตรมาส 3 2	งบประมาณคงเหลือ 3=1-2	รายการค้างชำระ ถ้ามี 4= ข้อมูลแบบ 3	คาดว่าจะเบิกไตรมาส 4 ก.ค. - ก.ย. 59 5= ข้อมูลแบบ 4	รวมทั้งสิ้น 6=4+5	ขอรับการสนับสนุน ไตรมาส 3 7=6-3	หมายเหตุ

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

ขอรับรองว่าเป็นรายการที่ถูกต้อง

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

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

กรณี "ไม่ขอ" รับการสนับสนุนงบประมาณ (มีงบประมาณคงเหลือเพียงพอ)

แบบที่ 2

คำรักษาพยาบาล อส. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ไตรมาสที่ 4 (ก.ค. - ก.ย. 59)

ที่ทำการปกครองจังหวัด

ส่งภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2559

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร รวมทั้งสิ้น	เบิกจ่ายแล้ว รวมทั้งสิ้น	งบประมาณคงเหลือ	รายการค้างชำระ	คาดว่าจะเบิกไตรมาส 3	รวมทั้งสิ้น	ขอรับการสนับสนุน	หมายเหตุ
1	2	3=1-2	ถ้ามี 4= ข้อมูลแบบ 3	เม.ย. - มิ.ย. 59 5= ข้อมูลแบบ 4	6=4+5	ไตรมาส 3 7=6-3	หมายเหตุ มีงบประมาณคงเหลือ เพียงพอที่จะเบิกจ่าย

ลงชื่อ

เจ้าหน้าที่

ขอรับรองว่าเป็นรายการที่ถูกต้อง

(.....)

ลงชื่อ

เสมียนตราจังหวัด

ตำแหน่ง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

กรณีมีใบเสร็จค้างเบิก)

แบบขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ค่ารักษาพยาบาลสมาชิก อส. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

ที่ทำการปกครองจังหวัด.....

ไตรมาส ที่

ที่	หน่วยงาน	ค่ารักษาพยาบาล		ใบเสร็จรับเงิน หรือ ใบแจ้งหนี้		จำนวนเงิน บาท	หมายเหตุ
		ไข่นอก	ไข่นอก	เลขที่	ลงวันที่		
1							กรณีคนไข่นอก
							ส่งเฉพาะสำเนาใบเสร็จรับเงินเท่านั้น
							กรณีคนไข่นอก
							ส่งเฉพาะสำเนาใบแจ้งหนี้เท่านั้น
รวมขอรับการสนับสนุนงบประมาณทั้งสิ้น							

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ โทร 0-2278-1008 /0-2278-5002 ต่อ 112/113/114

โทรสาร 0-2278-1008 /0-2278-5002 ต่อ 129

ขอรับรองว่าเป็นรายการที่ถูกต้อง

ลงชื่อ

เสมียนตราจังหวัด.....

แบบประมาณการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ค่ารักษาพยาบาลสมาชิก อส. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

ที่ทำการปกครองจังหวัด.....

ไตรมาส ที่

ที่	หน่วยงาน	อัตรากำลังพล (คน)	เฉลี่ยคนละ (บาท)	ค่ารักษาพยาบาล		จำนวนเงิน บาท	หมายเหตุ
				ไขนออก	ไขใน		
1							
รวมขอรับการสนับสนุนงบประมาณทั้งสิ้น							

ลงชื่อ
(.....)

เจ้าหน้าที่

ขอรับรองว่าเป็นรายการที่ถูกต้อง

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ

เจ้าหน้าที่ โทร 0-2278-1008 /0-2278-5002 ต่อ 112/113/114

เสมียนตราจังหวัด.....

โทรสาร 0-2278-1008 /0-2278-5002 ต่อ 129