



ที่ มท ๐๓๑๑/ว ๕๖๖๕

ถึง ที่ทำการปกครองจังหวัด ทุกจังหวัด

กรมการปกครอง (สำนักอำนวยการกองอาสารักษาดินแดน) ได้โอนจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อเป็นเงินค่ารักษาพยาบาลสมาชิกกองอาสารักษาดินแดนแล้ว ดังนี้

๑. หนังสือกรมการปกครอง ที่ มท ๐๓๑๑/ว ๒๓๑๐๐ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ โอนจัดสรร ครั้งที่ ๑/๒๕๕๙ จำนวน ๓๙ จังหวัด

๒. หนังสือกรมการปกครอง ที่ มท ๐๓๑๑/ว ๒๔๐๐๗ ลงวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๘ โอนจัดสรรไตรมาส ที่ ๑/๒๕๕๙ (ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๕๘) จำนวน ๗๖ จังหวัด

๓. หนังสือกรมการปกครอง ที่ มท ๐๓๑๑/ว ๒๖๒๘ ลงวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ โอนจัดสรรไตรมาส ที่ ๒/๒๕๕๙ (มกราคม - มีนาคม ๒๕๕๙) จำนวน ๒๗ จังหวัด (ตามที่ขอรับการสนับสนุน)

เพื่อเป็นการปฏิบัติตามมาตรการเร่งรัดการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ สำนักอำนวยการกองอาสารักษาดินแดน จึงขอให้จังหวัดขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อเป็นเงินค่ารักษาพยาบาลสมาชิกกองอาสารักษาดินแดน ไตรมาส ที่ ๓ (เมษายน - มิถุนายน ๒๕๕๙) ตามแบบฟอร์มที่ส่งมาพร้อมนี้ โดยส่งถึงสำนักอำนวยการกองอาสารักษาดินแดนภายในวันที่ ๘ เมษายน ๒๕๕๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งเจ้าหน้าที่ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป



สำนักอำนวยการกองอาสารักษาดินแดน
กลุ่มงานบริหารทั่วไป (ฝ่ายงบประมาณและการเงิน)
โทรศัพท์ ๐-๒๒๗๘-๕๐๐๒ ต่อ ๑๑๒
โทรสาร ๐-๒๒๗๘-๕๐๐๒ ต่อ ๑๒๙

ตัวอย่าง

กรณี "ขอ" รับการสนับสนุนงบประมาณ

แบบที่ 1

คำรักษาพยาบาล อส. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ไตรมาส ที่ 3 (เม.ย - มิ.ย. 59)

ที่ทำการปกครองจังหวัด

ส่งภายในวันที่ 8 เมษายน 2559

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร รวมทั้งสิ้น ครั้งที่ 1+ไตรมาส 1+ไตรมาส 2+2เพิ่มเติม 1	เบิกจ่ายแล้ว รวมทั้งสิ้น 2	งบประมาณคงเหลือ 3=1-2	รายการต่างชำระ ถ้ามี 4= ข้อมูลแบบ 3	คาดว่าจะเบิกไตรมาส 3 เม.ย. - มิ.ย. 59 5= ข้อมูลแบบ 4	รวมทั้งสิ้น 6=4+5	ขอรับการสนับสนุน ไตรมาส 3 7=6-3	หมายเหตุ
150,000.00	149,800.00	200.00	89,720.00	100,000.00	189,720.00	189,520.00	

ลงชื่อ

เจ้าหน้าที่

ขอรับรองว่าเป็นรายการที่ถูกต้อง

(.....)

ลงชื่อ

เสนาบดีราชจังหวัด

ตำแหน่ง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ จ้างเหตที่ส่งเอกสารขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม และยังไม่ได้รับจัดสรรงบประมาณ ให้ขอรับการสนับสนุนในอีกครึ่งปีไตรมาสที่ 3 ตาม แบบ 3 โดยไม่ต้องแนบสำเนาใบเสร็จรับเงิน เนื่องจากงบประมาณไตรมาส ที่ 2 มีไม่เพียงพอที่จะโอนจัดสรร ต้องรอสำนักงานงบประมาณอนุมัติงวดที่ 2 (เมษายน - กันยายน 2559)

ตัวอย่าง

กรณี "ไม่ขอ" รับการสนับสนุนงบประมาณ (มีงบประมาณคงเหลือเพียงพอ)

แบบที่ 2

คำรักษาพยาบาล อส. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ไตรมาส ที่ 3 (เม.ย - มิ.ย. 59)

ที่ทำการปกครองจังหวัด

ส่งภายในวันที่ 8 เมษายน 2559

งบประมาณที่ได้รับจัดสรร รวมทั้งสิ้น	เบิกจ่ายแล้ว	งบประมาณคงเหลือ	รายการค้าชำระ	คาดว่าจะเบิกไตรมาส 3	รวมทั้งสิ้น	ขอรับการสนับสนุน	หมายเหตุ
ครั้งที่ 1+ไตรมาส 1+ไตรมาส 2+2เพิ่มเติม 1	รวมทั้งสิ้น 2	3=1-2	ถ้ามี 4= ข้อมูลแบบ 3	เม.ย. - มิ.ย. 59 5= ข้อมูลแบบ 4	6=4+5	ไตรมาส 3 7=6-3	มีงบประมาณคงเหลือ เพียงพอที่จะเบิกจ่าย
150,000.00	80,000.00	70,000.00	-	70,000.00	70,000.00	-	

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่

ขอรับรองว่าเป็นรายการที่ถูกต้อง

(.....)

ลงชื่อ

เสมียนตราจังหวัด

ตำแหน่ง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

กรณีมีใบเสร็จค้างเบิก)

แบบ 3

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

.....

เสมียนตราจังหวัด.....

แบบประมาณการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ คำรักษาพยาบาลสมาชิก อส. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

ที่ทำการปกครองจังหวัด.....

ไตรมาส ที่

ที่	หน่วยงาน	อัตรากำลังพล (คน)	เฉลี่ยคนละ (บาท)	คำรักษาพยาบาล		จำนวนเงิน บาท	หมายเหตุ
				ใช้นอก	ใช้ใน		
1							
รวมขอรับการสนับสนุนงบประมาณทั้งสิ้น							

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

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

เจ้าหน้าที่

ขอรับรองว่าเป็นรายการที่ถูกต้อง

ลงชื่อ

.....

เสมียนตราจังหวัด.....