

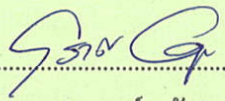
**ฎีกาเบิกเงิน**  
**กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เจาทอง**

เลขที่ L1048.002/2564

วันที่ จัดทำ 22/02/2564

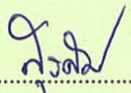
เรียน นายก ฯ อบต.เจาทอง

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) โรงพยาบาล  
ภักดีชุมพล จำนวนเงิน 35,000.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 35,000.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตาม  
โครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ)  
นางสาวสุรางค์ อภัยฤทธิ์รงค์ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ .....  ..... ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)  
(นางสาวสุรางค์ อภัยฤทธิ์รงค์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้วมี  
เงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 567,500.12 บาท

ลงชื่อ .....  ..... ผู้ตรวจสอบ  
(นายสุรศักดิ์ วิไลเชวา)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

วันที่ ..... 22 ก.พ. 2564 .....

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเจาทอง/เลขานุการกองทุนฯ  
เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

ลงชื่อ .....  .....  
(นางสาวจิริยา ศรีล้อม)

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย

วันที่ ..... 22 ก.พ. 2564 .....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเจาทอง/ประธานกรรมการกองทุนฯ  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

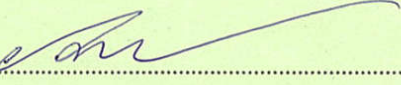
ลงชื่อ .....  .....  
(นางสาวชลลดา กุดแก้ว)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเจาทอง/เลขานุการกองทุนฯ

วันที่ ..... 22 ก.พ. 2564 .....

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 35,000.00 บาท

ลงชื่อ .....  .....  
(นางสาวอรุณี ชงเฉลิม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเจาทอง/ประธานกรรมการกองทุนฯ

วันที่ ..... 22 ก.พ. 2564 .....

จ่ายเป็น Δ เชื้อชีวิตครอบครัว/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ

Δ ทางธนาคาร

ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ 011002 104 104 .....

เลขที่เช็ค 12902216 ..... ลงวันที่ ..... 25 มี.ค. 2564 .....

จำนวนเงิน 35,000 บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

(ชื่อผู้รับเงิน) โรงพยาบาลภักดีชุมพล

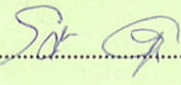
ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)  
(นางสาวอรุณี ชงเฉลิม)

ลงชื่อ .....  ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)  
(นางสาวจิริยา ศรีล้อม)

**หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน**

ได้รับเงินจำนวน 35,000.00 บาท

ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน (1)  
(นางสาวสุรางค์ อภัยฤทธิ์รงค์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 35,000.00 บาท

ลงชื่อ .....  ..... ผู้จ่ายเงิน  
(นายอภิวัฒน์ บัวประทุม)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ/ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ

วันที่.....

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



**บันทึกข้อตกลง**  
**การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**  
**กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เจาทอง**

เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.เจาทอง

วันที่ 22 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนฯ ระหว่าง โรงพยาบาลภักดีชุมพล โดย นางสาวสุรางค์ อภัยฤทธิ์รงค์ ในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับกองทุนฯ โดย นางสาวอรุณี ธงเฉลิม ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้า หมาย/แผนการดำเนิน ของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการ อุดหนุนเงิน จำนวน 35,000.00 บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

เงื่อนไขการจ่ายเงิน โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน แม่ลูกผูกพัน ตลาด สมบูรณ์ โดยมีเงื่อนไขการจ่ายดังต่อไปนี้ ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

- (1) โครงการ/กิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- (2) แบบบันทึกข้อตกลง ต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน ประกอบด้วย
  - (2.1) รายละเอียดโครงการแนบท้ายบันทึกข้อตกลงนี้
  - (2.2) รายละเอียดการจ่าย (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) งวดเดียว เมื่อลงนามในข้อตกลงแล้ว
  - (2.3) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
  - (2.4) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน สิ่งต้องส่งได้แก่ รายงานผลการดำเนินโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเจาทอง ประจำ

ปีงบประมาณ 2654 จำนวน 1 ชุด



ข้อ 2 หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการ ดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมโดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างไร

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด นับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

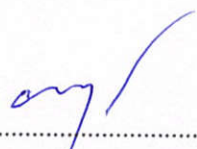
1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
  2. การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
  3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ ของทางราชการโดยอนุโลม
  4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ
  5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนกำหนด
  6. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนฯ
- กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ และผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ)..........ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม  
(นางสาวสุรางค์ อภัยสุทธิรงค์)

(ลงชื่อ)..........ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม  
(นางสาวอรุณี ชงเฉลิม)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

(ลงชื่อ)..........พยาน  
(นางสาวชลลดา กุดแก้ว)

(ลงชื่อ)..........พยาน  
(นายสุศักดิ์ วิลเลียว)



## แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลเจาทอง

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน แม่ลูกผูกพัน ฉลาด สมบูรณ์

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเจาทอง

ด้วย โรงพยาบาลภักดีชุมพล มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน แม่ลูกผูกพัน ฉลาด สมบูรณ์ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลเจาทอง ปีงบประมาณ 2564 เป็นเงิน 35,000 บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

### 1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อให้คู่สามีภรรยาที่แต่งงานใหม่มีความรู้และความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์
2. เพื่อให้แกนนำ CFT ได้รับการอบรมเพิ่มพูนศักยภาพ
3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและมีการติดตาม Hct อย่างต่อเนื่อง
4. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ได้รับอาหารเสริมเน้นเรื่องธาตุเหล็กและสารไอโอดีน และมีการติดตามน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง
5. เพื่อให้มารดาหลังคลอดและทารกหลังคลอด ได้รับการเยี่ยมหลังคลอด มีการรับขวัญทารกแรกเกิด โดยทีม CFT ตำบลเจาทอง
6. เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าเกณฑ์ ได้รับการกระตุ้นและส่งต่อ
7. เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี ที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ได้รับการอาหารเสริมตามวัยและมีการติดตามน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง

### กลุ่มเป้าหมาย

1. หญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบของตำบลเจาทอง
2. เด็ก 0 – 5 ปี ในเขตรับผิดชอบของตำบลเจาทอง

### 2. วิธีดำเนินการ

1. ประชุมคณะทำงานชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการจัดโครงการ พร้อมแต่งตั้งคณะทำงาน CFT ตำบลเจาทอง
2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นการเพิ่มพูนศักยภาพแกนนำ CFT
3. จัดกิจกรรม / เพิ่มช่องทางการให้ ความรู้และความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ให้กับคู่สามีภรรยาที่แต่งงานใหม่
4. ส่งเสริมให้ หญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะโลหิตจางและน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ได้รับอาหารเสริมตามความเหมาะสม
5. ส่งเสริมให้ผู้ปกครอง มีการกระตุ้นพัฒนาการ ในบุตรหลาน ที่มีอายุ 0- 5 ปี
6. ส่งเสริมให้ เด็ก 0- 5 ปี ที่มีภาวะโลหิตจางและน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ได้รับอาหารเสริมตามความเหมาะสม
7. กิจกรรมรับขวัญมารดาและทารกหลังคลอด โดยทีม CFT ตำบลเจาทอง



### 3. ระยะเวลาดำเนินการ

1 กุมภาพันธ์ 2564 – 30 กันยายน 2564

### 4. สถานที่ดำเนินการ

โรงพยาบาลภักดีชุมพล

รพ.สต.ลาดชุมพล

### 5. งบประมาณ

*ศิริศิริ*

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลเจาทอง ปี 2564 จำนวน 35,000 บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน) รายละเอียด ดังนี้

1. ค่าอาหารเสริมหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน x 900 บาท เป็นเงิน 27,000 บาท
2. ค่าอาหารเสริมเด็ก 0-5 ปี จำนวน 20 คน x 250 บาท เป็นเงิน 5,000 บาท
3. ค่าอุปกรณ์สาริตการส่งเสริมภาวะโภชนาการเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีน เป็นเงิน 1,500 บาท
4. ค่าอุปกรณ์สาริตในการเยี่ยมหลังคลอด เป็นเงิน 1,500 บาท

รวมเป็นเงิน 35,000 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

หมายเหตุ : ทุกรายการเบื้องต้นสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

### 6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและมีการติดตาม Hct อย่างต่อเนื่อง
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ได้รับอาหารเสริมและมีการติดตามน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง
3. เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าเกณฑ์ได้รับการกระตุ้นและส่งต่อ
4. เด็ก 0-5 ปี ที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ได้รับการอาหารเสริมตามวัยและมีการติดตามน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง

### 7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

7.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)  
ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน .....

- ☒ 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- ☐ 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- ☐ 7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- ☐ 7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน



- ☐ 7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

- ☒ 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]
- ☐ 7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]
- ☐ 7.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]
- ☐ 7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]
- ☐ 7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)

- ☒ 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- ☒ 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ☐ 7.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- ☐ 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน
- ☐ 7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ
- ☐ 7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ☐ 7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- ☐ 7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- ☐ 7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

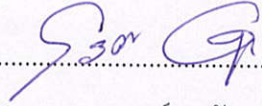
- ☒ 7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- ☒ 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☒ 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☒ 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
- ☒ 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☒ 7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☒ 7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
- ☒ 7.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- ☐ 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .....
- ☒ 7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ☒ 7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☒ 7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☒ 7.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ☒ 7.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☒ 7.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- ☒ 7.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย



- ☐ 7.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- ☐ 7.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .....
- ☐ 7.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
  - ☐ 7.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ☐ 7.4.3.3 การเฝ้าติดตามดูแลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ☐ 7.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
  - ☐ 7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
  - ☐ 7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
  - ☐ 7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  - ☐ 7.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .....
- ☐ 7.4.4 กลุ่มวัยทำงาน
  - ☐ 7.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ☐ 7.4.4.3 การเฝ้าติดตามดูแลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ☐ 7.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
  - ☐ 7.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
  - ☐ 7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
  - ☐ 7.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  - ☐ 7.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .....
- ☐ 7.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ
  - ☐ 7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ☐ 7.4.5.1.3 การเฝ้าติดตามดูแลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ☐ 7.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
  - ☐ 7.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
  - ☐ 7.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
  - ☐ 7.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .....
- ☐ 7.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
  - ☐ 7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ☐ 7.4.5.2.3 การเฝ้าติดตามดูแลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้



- ☐ 7.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ☐ 7.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ☐ 7.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ☐ 7.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- ☐ 7.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) .....
- ☐ 7.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
  - ☐ 7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ☐ 7.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ☐ 7.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
  - ☐ 7.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
  - ☐ 7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
  - ☐ 7.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .....
- ☐ 7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
  - ☐ 7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ☐ 7.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - ☐ 7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ☐ 7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
  - ☐ 7.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) .....
- ☐ 7.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]
  - ☐ 7.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .....

ลงชื่อ .....  ..... ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
(นางสาวสุรางค์ อภัยฤทธิ์รงค์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ .....



ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อบท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเขาทอง  
ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๔ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

☒ อนุมัติ งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๓๕,๐๐๐ บาท

เพราะ .....

☐ ไม่อนุมัติ งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

☐ ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่  
๓๐ กันยายน ๒๕๖๔

ลงชื่อ .....

(นางสาวอรุณี ธงเฉลิม)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลตำบลเขาทอง

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....



ส่วนที่ 3 :      แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .....

1. ผลการดำเนินงาน

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

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- ☐ บรรลุตามวัตถุประสงค์  
☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

.....  
.....

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ..... คน

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ..... บาท  
งบประมาณเบิกจ่ายจริง ..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....  
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ☐ ไม่มี  
☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

.....  
.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

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

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน  
(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....