



ที่ ขก ๐๐๓๒.๐๐๒ /ว. ๓๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ถนนศรีจันทร์ ขก ๔๐๐๐๐

๑ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง การขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Fixed Cost) ประจำปี ๒๕๖๕

เรียน สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ ขก ๐๐๓๒.๐๐๒/ว.๒๐๕๒ ลงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย (๑.) สำเนาหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ ขก ๐๐๓๒.๐๐๒/ว. ๒๗
ลงวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ชุด
(๒.) แบบคำขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากหน่วยบริการอื่น จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้แจ้งจัดสรรค่าใช้จ่ายให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Fixed Cost) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ และเมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๔ คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลระดับจังหวัด (กวป.) ได้มีมติเห็นชอบให้โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนทุกแห่ง ได้ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Fixed Cost) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ เพื่อใช้เป็นค่าสาธารณูปโภค ค่าตอบแทนใช้สอย และวัสดุสำนักงาน เพิ่มเติมเนื่องจากได้รับการจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นลดลง

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จึงขอให้หน่วยงานของท่านได้ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อใช้เป็นค่าสาธารณูปโภค ค่าตอบแทนใช้สอย และวัสดุสำนักงาน (Fixed Cost) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ในลักษณะการจ่ายขาด ดังรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

โทร ๐-๔๓๒๒-๑๑๒๕ ต่อ ๑๖๓

โทรสาร ๐-๔๓๒๒-๔๐๓๗



ที่ ขก ๐๐๓๒.๐๐๒ /ว. ๒๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ถนนศรีจันทร์ ขก ๔๐๐๐

๒ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Fixed Cost) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ ขก ๐๐๓๒.๐๐๒/ว.๒๐๕๒ ลงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔
สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดการขอความอนุเคราะห์ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายฯ จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้แจ้งจัดสรรค่าใช้จ่ายให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Fixed Cost) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ และเมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๔ คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลระดับจังหวัด (กวป.) ได้มีมติเห็นชอบให้โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ทุกแห่ง ได้ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Fixed Cost) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ เพื่อใช้เป็นค่าสาธารณูปโภค ค่าตอบแทนใช้สอย และวัสดุสำนักงาน เพิ่มเติมเนื่องจากได้รับการจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นลดลง

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จึงขอให้ท่านได้ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Fixed Cost) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ในลักษณะการจ่ายขาด ดังรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ


(นายภาศิ ทรัพย์พิพัฒน์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข

โทร ๐-๔๓๒๒-๑๑๒๕ ต่อ ๑๖๓

โทรสาร ๐-๔๓๒๒-๔๐๓๗

สำเนาเรียน สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

ขอความอนุเคราะห์ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Fixed Cost)			
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565			
	(A.)	(B.)	(A.) + (B.)
หน่วยงาน	สสจ.ชก ให้การสนับสนุน	รพ.ให้การสนับสนุน	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น
เมือง	64,000	264,700	328,700
บ้านไผ่	59,000	245,200	304,200
พล	60,000	250,000	310,000
แวงน้อย	57,800	238,900	296,700
หนองสองห้อง	61,100	252,400	313,500
ชนบท	58,600	242,000	300,600
มัญจาคีรี	59,100	244,500	303,600
กระนวน	59,500	245,500	305,000
น้ำพอง	61,500	254,200	315,700
เขาสวนกวาง	56,600	233,600	290,200
อุบลรัตน์	57,400	237,100	294,500
บ้านฝาง	56,700	234,000	290,700
หนองเรือ	60,500	249,600	310,100
ภูเวียง	59,300	245,000	304,300
ชุมแพ	61,900	255,700	317,600
สีชมพู	61,300	253,300	314,600
เปือยน้อย	57,700	228,000	285,700
ภูผาม่าน	58,100	239,900	298,000
แวงใหญ่	56,800	235,000	291,800
พระยืน	56,200	232,200	288,400
ซำสูง	55,600	229,800	285,400
หนองนาคำ	56,900	235,300	292,200
โคกโพธิ์ไชย	56,200	232,400	288,600
บ้านแฮด	56,000	233,500	289,500
โนนศิลา	56,900	235,000	291,900
เวียงเก่า	56,200	232,300	288,500
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	1,520,900	6,279,100	7,800,000

หมายเหตุ : มีปรับเกลี้ยเพื่อความเหมาะสม

๗๖๘๗
30 ๒๕๖๕

แบบคำขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากหน่วยบริการอื่น

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๕

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ขอนแก่น.....มีความประสงค์ขอรับการสนับสนุนเงินบำรุง จากโรงพยาบาล.....เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย โดยมีวัตถุประสงค์ของการนำเงินไปใช้ ดังนี้

สนับสนุนกิจกรรมบริหารจัดการ และส่งเสริมระบบบริการของประชาชนให้มีสุขภาพดี

อนึ่งการขอรับการสนับสนุนดังกล่าว จะขอรับการสนับสนุนในลักษณะ

(/) การจ่ายขาด จำนวนเงิน บาท
(.....)

() การยืม จำนวน.....บาท (.....-.....)
ซึ่งจะชำระคืนให้เสร็จสิ้นภายในวันที่.....-.....หรือโดยการผ่อนชำระให้เป็นงวดๆ ละเท่าๆ กันตั้งแต่วันที่.....-.....ถึงวันที่.....-.....

พร้อมกับคำขอนี้ ... สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....ได้จัดส่งเอกสารซึ่งแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการขอรับการสนับสนุน มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้

- (/) วัตถุประสงค์ของการนำเงินไปใช้
- (/) จำนวนเงินที่ต้องการขอรับการสนับสนุน
- (/) ภาระหนี้สิน เงินบำรุงคงเหลือ และวัสดุคงคลัง ณ วันที่เสนอขอรับการสนับสนุน ดังรายละเอียด
 - (๑.) ภาระหนี้สิน จำนวนเงินบาท
 - (๒.) เงินบำรุงคงเหลือ จำนวนเงินบาท และ
 - (๓.) วัสดุคงคลัง จำนวนเงิน บาท

() ระยะเวลาและวิธีการที่จะขอใช้เงินคืนกรณีขอรับการสนับสนุนในลักษณะยืม

() ข้อเท็จจริงอื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

ดังปรากฏรายละเอียดแนบท้ายคำขอนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

สาธารณสุขอำเภอ.....

วันที่.....