

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล แม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (L.7143)

ประจำเดือน ตุลาคม 2559 ปีงบประมาณ 2560

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	28,394.55	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	0.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	0.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	0.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	0.00
รวมรายการรับ	0.00	0.00
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายการจ่าย	0.00	0.00
คงเหลือยกไป	28,394.55	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯ ตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวณัฏฐิภา อุตธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมบุญ หมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ยัพวัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ยัพวัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล แม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (L7143)

ประจำเดือน พฤศจิกายน 2559 ปีงบประมาณ 2560

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	28,394.55	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	0.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	0.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	0.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	1,600.00	1,600.00
รวมรายรับ	1,600.00	1,600.00
3. รายจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	13,250.00	13,250.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	13,250.00	13,250.00
คงเหลือยกไป	16,744.55	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯ ตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวฉวีภาณี อุดธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมบุญ หอมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล แม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (L7143)

ประจำเดือน ธันวาคม 2559 ปีงบประมาณ 2560

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากรายการปีที่แล้ว	16,744.55	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	176,715.00	176,715.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	200,000.00	200,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	600.00	600.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	1,600.00
รวมรายรับ	377,315.00	378,915.00
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	8,575.00	21,825.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	8,575.00	21,825.00
คงเหลือยกไป	385,484.55	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯ ตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวณัฐนิกา อุตธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมบุญ หมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ยัพวัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ยัพวัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล แม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (L7143)

ประจำเดือน มกราคม 2560 ปีงบประมาณ 2560

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	385,484.55	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	176,715.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	200,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงิน ใ้คนอื่นฯ	0.00	600.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	1,600.00	3,200.00
<b>รวมรายรับ</b>	<b>1,600.00</b>	<b>380,515.00</b>
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	6,375.00	28,200.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิด โรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
<b>รวมรายจ่าย</b>	<b>6,375.00</b>	<b>28,200.00</b>
คงเหลือยกไป	380,709.55	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวญาณิกา อุตธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมบุญ หมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	380,709.55	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	176,715.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	200,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	0.00
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	600.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	3,200.00
รวมรายรับ	0.00	380,515.00
3. รายจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	144,100.00	144,100.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	153,900.00	153,900.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	61,000.00	61,000.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	3,300.00	31,500.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	362,300.00	390,500.00
คงเหลือยกไป	18,409.55	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯ ตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวญาณิกา อุตธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมบุญ หมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ยัพวัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ยัพวัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล แม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (L7143)

ประจำเดือน มีนาคม 2560 ปีงบประมาณ 2560

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	18,409.55	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	176,715.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	200,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	434.52	434.52
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	600.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	3,200.00
<b>รวมรายการรับ</b>	<b>434.52</b>	<b>380,949.52</b>
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	144,100.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	153,900.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	61,000.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	31,500.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
<b>รวมรายการจ่าย</b>	<b>0.00</b>	<b>390,500.00</b>
<b>คงเหลือยกไป</b>	<b>18,844.07</b>	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวอัญญา อุดธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมบุญ หมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล แม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (L.7143)

ประจำเดือน เมษายน 2560 ปีงบประมาณ 2560

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	18,844.07	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	176,715.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	200,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	434.52
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	600.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	3,200.00
รวมรายรับ	0.00	380,949.52
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	144,100.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	153,900.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	61,000.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	1,180.00	32,680.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	1,180.00	391,680.00
คงเหลือยกไป	17,664.07	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯ ตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวณัฏฐิศา อุตธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมนุญ หมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล แม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (L7143)

ประจำเดือน พฤษภาคม 2560 ปีงบประมาณ 2560

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	17,664.07	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	176,715.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	200,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	434.52
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	600.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	3,200.00
<b>รวมรายรับ</b>	<b>0.00</b>	<b>380,949.52</b>
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	144,100.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	153,900.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	61,000.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	2,700.00	35,380.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
<b>รวมรายจ่าย</b>	<b>2,700.00</b>	<b>394,380.00</b>
<b>คงเหลือยกไป</b>	<b>14,964.07</b>	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวณัฏฐิภา อุตธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมบุญ หมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ



รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล แม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (L7143)

ประจำเดือน มิถุนายน 2560 ปีงบประมาณ 2560

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	14,964.07	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	176,715.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	200,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	434.52
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	600.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	3,200.00
รวมรายรับ	0.00	380,949.52
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	144,100.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	153,900.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	61,000.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	35,380.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	0.00	394,380.00
คงเหลือยกไป	14,964.07	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวญาณิกา อุตธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมบุญ หมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ยัพวัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ยัพวัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล แม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (L7143)

ประจำเดือน กรกฎาคม 2560 ปีงบประมาณ 2560

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	14,964.07	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	176,715.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	200,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	434.52
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	600.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	3,200.00
รวมรายการรับ	0.00	380,949.52
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	144,100.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	153,900.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	61,000.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	35,380.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายการจ่าย	0.00	394,380.00
คงเหลือยกไป	14,964.07	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯ ตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวณัฐนิกา อุดธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมบุญ หมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล แม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (L7143)

ประจำเดือน สิงหาคม 2560 ปีงบประมาณ 2560

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	14,964.07	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	176,715.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	200,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	0.00	434.52
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	600.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	3,200.00
<b>รวมรายรับ</b>	<b>0.00</b>	<b>380,949.52</b>
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	144,100.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	153,900.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	61,000.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	0.00	35,380.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
<b>รวมรายจ่าย</b>	<b>0.00</b>	<b>394,380.00</b>
คงเหลือยกไป	14,964.07	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวณัฏฐิภา อุตธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมบุญ หมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ยั้ววัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล แม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ (L7143)

ประจำเดือน กันยายน 2560 ปีงบประมาณ 2560

รายการ	เดือนนี้	ทั้งปี
1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว	14,964.07	
2. รายการรับ		
เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0.00	176,715.00
เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.00	200,000.00
เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	49.55	484.07
เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงินได้อื่นๆ	0.00	600.00
เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	0.00	3,200.00
รวมรายรับ	49.55	380,999.07
3. รายการจ่าย		
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)	0.00	144,100.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)	0.00	153,900.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)	0.00	61,000.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)	11,400.00	46,780.00
ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)	0.00	0.00
รวมรายจ่าย	11,400.00	405,780.00
คงเหลือยกไป	3,613.62	

เรียน คณะกรรมการกองทุนฯ ตำบลแม่หล่าย

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(นางสาวญาณิกา อุตธรรมชัย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นางชมบุญ หมคมลทิน)

เลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(นายบรรจง ชัยวัฒนา)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่หล่าย

เห็นชอบ ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ ...../ปี.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(นายบรรจง ชัยวัฒนา)

ประธานกรรมการกองทุนฯ