**ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่**

**ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือ หน่วยบริการในเครือข่าย**

**หน่วยบริการ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์**

ประจำเดือน.......................................พ.ศ..................

ข้าพเจ้าชื่อ.................................................นามสกุล........................................ตำแหน่ง........................................

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ กลุ่มงาน................................................หน่วยงาน................................................................สังกัด.โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์จังหวัดชัยภูมิ ระดับ/กลุ่มพื้นที่ปกติระดับ 3

เริ่มพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563

เป็นจำนวน...........................ปี...............................เดือน........................................วัน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ปฏิบัติงานที่หน่วยงาน..........................................................ตำแหน่ง...............................................................

ตั้งแต่วันที่.................................ถึงวันที่..................................รวม…..............ปี..................เดือน.................วัน

2. ปฏิบัติงานที่หน่วยงาน..........................................................ตำแหน่ง...............................................................

ตั้งแต่วันที่.................................ถึงวันที่..................................รวม…..............ปี..................เดือน.................วัน

3. ปฏิบัติงานที่หน่วยงาน..........................................................ตำแหน่ง...............................................................

ตั้งแต่วันที่.................................ถึงวันที่..................................รวม…..............ปี..................เดือน.................วัน

4. ปฏิบัติงานที่หน่วยงาน..........................................................ตำแหน่ง...............................................................

ตั้งแต่วันที่.................................ถึงวันที่..................................รวม…..............ปี..................เดือน.................วัน

รวมทั้งสิ้น.................ปี.................เดือน.................วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง ทุกประการ

ลงชื่อ ...........................................................

(...........................................................)

ตำแหน่ง..................................................................

ลงชื่อ ...........................................................

(...........................................................)

ตำแหน่ง..................................................................

(หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน)

ลงชื่อ ........................................................... (ผู้รับรอง)

(นายกฤษฎา ศิริภูมิ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

**ใบสำคัญรับเงิน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ที่ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์  วันที่………...เดือน……………..………..พ.ศ…………..  ข้าพเจ้า.............................................................................ตำแหน่ง …………………………………………..………  ประเภท ลูกจ้าง รายเดือน ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลเกษตร-สมบูรณ์ ดังนี้ | | |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
| **บาท** | **สต** |
| ได้รับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสังกัดโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพื้นที่ ปกติ ระดับ 3 ประจำเดือน.......................................(ตามหนังสือที่ สธ 0202.3.7/ว.79 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 ในอัตรา เดือนละ บาท รวม 1 เดือน  🖵 ปีที่ 1 – ปีที่ 3  🖵 ปีที่ 4 – ปีที่ 10  🖵 ปีที่ 11 ขึ้นไป  รวม  จำนวนเงินตัวอักษร (……..…………………………………………………)    (ลงชื่อ)…………………….………………………..ผู้รับเงิน  (…….…………………..……………………......)  (ลงชื่อ)………………………..……..…………….ผู้จ่ายเงิน  (นายสันติ ไกรโคกสูง) |  |  |
|  | - |
| (การเงิน รพช) |  |

* ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า
* ได้ปฏิบัติราชการตามที่ขอเบิกค่าตอบแทนฯ จริง

(ลงชื่อ)…………………………….................. (ผู้ตรวจสอบ)

(นายสันติ ไกรโคกสูง)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ)……………………………............... (ผู้ตรวจสอบ) (ลงชื่อ)……………….……………………….. (ผู้รับรอง)

(นางพัชรี พิมพ์โคตร) (นายกฤษฎา ศิริภูมิ)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์