



ที่ อท ๐๐๓๒.๐๑๑/๑๙๓๓๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
๑๒๒ ถนนโพธิ์พระยา - ท่าเรือ อท ๑๔๐๐๐

 สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ประมาณการรายจ่ายขั้นต่ำที่จำเป็น

เรียน สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ๑. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๒.๒/๓๔๕๔ ลงวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. แบบคำขอค่าสาธารณูปโภค ปิงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. แบบสรุปค่าสาธารณูปโภคปิงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำประมาณการรายจ่ายขั้นต่ำที่จำเป็น ส่งให้กองบริหารการสาธารณสุขเพื่อเตรียมการจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และจัดสรรงบประมาณงบดำเนินงานรายจ่ายขั้นต่ำที่จำเป็น (ค่าเช่าบ้าน ค่าตอบแทนไม่ทำเวชปฏิบัติ ค่าสาธารณูปโภคและค่าเช่าที่ดิน /อาคาร) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อประกอบการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายขั้นต่ำที่จำเป็น และปรับปรุงข้อมูลเพื่อจัดทำคำของบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานขั้นต่ำประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ขอความร่วมมือให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งจัดทำข้อมูลสรุปค่าสาธารณูปโภค และข้อมูลงบขั้นต่ำที่จำเป็น รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ ถึง ๓ ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ภายในวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๔ พร้อมส่งไฟล์ข้อมูลทาง Email : dataplan2@gmail.com ทั้งนี้หน่วยงานสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ www.ato.moph.go.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ



(นายศรีศักดิ์ ตั้งจิตรธรรม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

โทร ๐ ๓๕๖๑ ๑๒๒๒ ต่อ ๑๓๑

รายการหลักฐานประกอบคำขอสนับสนุนงบดำเนินงานขั้นต่ำ ข้อมูลนำส่งสำนักงานประมาณ

1. รายการค่าเช่าบ้าน ใช้หลักฐานประกอบตามรายชื่อที่ขอสนับสนุน ดังนี้
 - 1.1 สำเนาแบบขอรับค่าเช่าบ้าน (แบบ 6005 พร้อมสัญญา) รายบุคคลตามรายชื่อผู้ขอรับ
 - 1.2 สำเนาแบบขอเบิกเงินค่าเช่าบ้าน (แบบ 6006 เดือนล่าสุด) รายบุคคลตามรายชื่อผู้ขอรับ
2. รายการค่าไม่ทำเวชปฏิบัติฯ ใช้หลักฐานประกอบตามรายชื่อที่ขอสนับสนุน ดังนี้ (เฉพาะหน่วยบริหาร)
 - 2.1 สำเนาหนังสือสัญญาไม่ทำเวชปฏิบัติฯ รายบุคคลตามรายชื่อผู้ขอรับ
3. รายการค่าเช่าที่ดิน ใช้หลักฐานดังนี้
 - 3.1 สำเนาสัญญาเช่าที่ดิน
 - 3.2 สำเนาหลักฐานการชำระค่าเช่าที่ดิน ปีที่ผ่านมา
4. รายการค่าสาธารณูปโภค ใช้หลักฐานดังนี้ (เฉพาะหน่วยบริหาร)
 - 4.1 สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าไฟฟ้า (ที่จ่ายในปีงบประมาณที่ผ่านมา)
 - 4.2 สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าน้ำประปา (ที่จ่ายในปีงบประมาณที่ผ่านมา)
 - 4.3 สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าโทรศัพท์ (ไม่รวมค่า Internet ที่จ่ายในปีงบประมาณที่ผ่านมา)

*** หลักฐานประกอบ สามารถ Scan เป็น File PDF และส่งข้อมูลทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

Plan.1763.had@gmail.com

ชื่อผู้ประสานงาน นายกิตติภัทร์ น้อยสันโดษ 0-2590-1763, 09-6916-1919

แบบคำขอคำศารารณุประโภค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
 ของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน

ข้อมูลในช่วงระยะเวลา

ลำดับ	รายการ	รายจ่ายเฉลี่ย ต่อเดือน (บาท)	รวมเงินทั้งปี	การเบิกจ่ายในปีที่ผ่านมาเบิกจาก			หมายเหตุ
				เงินงบประมาณ	เงินบำรุง	อื่นๆ(บาท)	
1	ค่าไฟฟ้า	-	-				เฉพาะหน่วยบริหารเท่านั้น (สสจ./สสอ)
	-สสจ. _____ แห่ง						*** ต้องแนบสำเนาใบเสร็จรับเงิน
	-สสอ. _____ แห่ง						เพื่อประกอบการพิจารณา
2	ค่าโทรศัพท์						
	-สสจ. _____ แห่ง						** ไร่รวมค่า Internet
	-สสอ. _____ แห่ง						
3	ค่าเช่ารถประจำ						
	-สสจ. _____ แห่ง						
	-สสอ. _____ แห่ง						
4	ค่าไปรษณีย์						
	-สสจ. _____ แห่ง						
	-สสอ. _____ แห่ง						
รวมทั้งสิ้น							

หมายเหตุ กรณีเบิกจ่าย ที่คลังอำเภอ กรุณาระบุชื่อคลังอำเภอ รหัสคลัง และจำนวนเงินให้ชัดเจน

ส่งข้อมูลภายใน วันที่ 31 สิงหาคม 2564

ชื่อ-สกุล _____
 ตำแหน่ง _____
 โทร _____
 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ _____

เดือน	ตุลาคม	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	รวม
ค่าน้ำประปา							-
ค่าไฟฟ้า							-
ค่าโทรศัพท์							-
รวม	-	-	-	-	-	-	-

เดือน	เมษายน	พฤษภาคม	มิถุนายน	กรกฎาคม	สิงหาคม	กันยายน	รวม
ค่าน้ำประปา							-
ค่าไฟฟ้า							-
ค่าโทรศัพท์							-
รวม	-	-	-	-	-	-	-

หมายเหตุ แบบสรุปค่าสาธารณูปโภค แยกรายอำเภอ

จัดส่งแบบสรุปค่าสาธารณูปโภคพร้อมกำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายของงบประมาณรายจ่ายขั้นต่ำทำเป็น พร้อมแบบฟอร์มคำขอของงบประมาณ

สถานสำเนาใบเสร็จรับเงินที่ขอชำระค่าสาธารณูปโภคแล้ว และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ PDF

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๒.๒/ ๓๕๕๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
เลขรับ. ๘๐๗
วันที่ 16 ส.ค. 2564
เวลา 11.๐๖

กลุ่มงานทันต. กษสจ.อ่างทอง
เลขรับ 1018
วันที่ 16 ส.ค. 64
เวลา 16:05

ถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง/สำนักงานเขตสุขภาพทุกเขต

ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้กองบริหารการสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบเตรียมการจัดทำค่าของบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และจัดสรรงบประมาณงบดำเนินงานรายจ่ายขั้นต่ำที่จำเป็น (ค่าเช่าบ้าน ค่าตอบแทนไม่ทำเวชปฏิบัติ ค่าสาธารณูปโภค และค่าเช่าที่ดิน/อาคาร) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อประกอบการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายขั้นต่ำที่จำเป็น และปรับปรุงข้อมูลเพื่อจัดทำค่าของบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานขั้นต่ำประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ต่อไป นั้น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำประมาณการงบดำเนินงานรายจ่ายขั้นต่ำที่จำเป็น และส่งข้อมูลพร้อมหลักฐานประกอบ กลับไปยังกองบริหารการสาธารณสุข ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ พร้อมทั้งส่งข้อมูลทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Plan.1763.had@gmail.com สามารถดูรายละเอียดแบบฟอร์มได้ที่ QR - Code ด้านล่างนี้

เรียน นพ.สสจ.อ่างทอง

-เพื่อโปรดทราบ

เนษดาเรณีย์ สธอ.อ่างทอง

กลุ่มงานบริหาร , ๖๗๖๖๖๖๖๖

๑๗
178604

(คคมจว.อ.อ)



กองบริหารการสาธารณสุข
กลุ่มงานยุทธศาสตร์
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๓
โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๕๗



<http://bit.ly/36S9ENV>

รายละเอียดและหลักฐานประกอบ
การจัดทำค่าของงบดำเนินงานขั้นต่ำ

รายการหลักฐานประกอบคำขอสนับสนุนงบดำเนินงานขั้นต่ำ ข้อมูลนำส่งสำนักงานประมาณ

1. รายการค่าเช่าบ้าน ใช้หลักฐานประกอบตามรายชื่อที่ขอสนับสนุน ดังนี้
 - 1.1 สำเนาแบบขอรับค่าเช่าบ้าน (แบบ 6005 พร้อมสัญญา) รายบุคคลตามรายชื่อผู้ขอรับ
 - 1.2 สำเนาแบบขอเบิกเงินค่าเช่าบ้าน (แบบ 6006 เดือนล่าสุด) รายบุคคลตามรายชื่อผู้ขอรับ
2. รายการค่าไม่ทำเวชปฏิบัติฯ ใช้หลักฐานประกอบตามรายชื่อที่ขอสนับสนุน ดังนี้ (เฉพาะหน่วยบริหาร)
 - 2.1 สำเนาหนังสือสัญญาไม่ทำเวชปฏิบัติฯ รายบุคคลตามรายชื่อผู้ขอรับ
3. รายการค่าเช่าที่ดิน ใช้หลักฐานดังนี้
 - 3.1 สำเนาสัญญาเช่าที่ดิน
 - 3.2 สำเนาหลักฐานการชำระค่าเช่าที่ดิน ปีที่ผ่านมา
4. รายการค่าสาธารณูปโภค ใช้หลักฐานดังนี้ (เฉพาะหน่วยบริหาร)
 - 4.1 สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าไฟฟ้า (ที่จ่ายในปีงบประมาณที่ผ่านมา)
 - 4.2 สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าน้ำประปา (ที่จ่ายในปีงบประมาณที่ผ่านมา)
 - 4.3 สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าโทรศัพท์ (ไม่รวมค่า Internet ที่จ่ายในปีงบประมาณที่ผ่านมา)

*** หลักฐานประกอบ สามารถ Scan เป็น File PDF และส่งข้อมูลทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

Plan.1763.had@gmail.com

ชื่อผู้ประสานงาน นายกิตติภัทร์ น้อยสันโดษ 0-2590-1763, 09-6916-1919

แบบคำขอค่าสาธารณูปโภค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
ของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน

ข้อมูลในช่วงระยะเวลา

ลำดับ	รายการ	รายจ่ายเฉลี่ย ต่อเดือน (บาท)	รวมเงินทั้งปี	การเบิกจ่ายในปีที่ผ่านมาเบิกจาก			หมายเหตุ
				เงินงบประมาณ	เงินบำรุง	อื่นๆ(บข7)	
1	ค่าไฟฟ้า -สจจ. -สตอ. _____ แห่ง		-				เฉพาะหน่วยบริหารเท่านั้น (สจจ./สตอ) *** ต้องแนบสำเนาใบเสร็จรับเงิน เพื่อประกอบการพิจารณา
2	ค่าโทรศัพท์ -สจจ. -สตอ. _____ แห่ง		-				*** ไม่รวมค่า Internet
3	ค่าน้ำประปา -สจจ. -สตอ. _____ แห่ง		-				
4	ค่าไปรษณีย์ -สจจ. -สตอ. _____ แห่ง		-				
รวมทั้งสิ้น							

หมวดหมู่ กรม/รมช./รมว. ที่คลังอำนาจ ภาคราชการ/ขอคลังอำนาจ รมช./คลัง และจำนวนเงินให้ชัดเจน

ส่งข้อมูลภายใน

วันที่ 31 สิงหาคม 2564

ชื่อ-สกุล _____
ตำแหน่ง _____
โทร _____
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ _____