

รายงานการรับ - จ่ายและเงินคงเหลือประจำเดือนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อบต.  เทศบาล เหล่ากลาง อำเภอหนองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ (L0340)

ประจำเดือน พฤษภาคม 2560 ปีงบประมาณ 2560

| รายการ   | เดือนนี้          | ทั้งปี            |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>1. ยอดยกมาจากปีที่แล้ว</b>  | <b>273,704.33</b> |                   |
| <b>2. รายการรับ</b>  |                   |                   |
| เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ       | 0.00              | 243,630.00        |
| เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น              | 0.00              | 100,000.00        |
| เงินได้จากดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร  | 0.00              | 402.25            |
| เงินสมทบจากชุมชน เงินบริจาค เงิน ได้อื่นๆ                                | 0.00              | 0.00              |
| เงินรับคืนจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม                             | 0.00              | 0.00              |
| <b>รวมรายรับ</b>   | <b>0.00</b>       | <b>344,032.25</b> |
| <b>3. รายการจ่าย</b>   |                   |                   |
| ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1) | 0.00              | 10,000.00         |
| ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น (ประเภทที่ 2)      | 0.00              | 132,500.00        |
| ค่าใช้จ่ายสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ (ประเภทที่ 3)        | 0.00              | 30,000.00         |
| ค่าใช้จ่ายสนับสนุนการบริหาร/พัฒนากองทุนฯ (ประเภทที่ 4)                   | 0.00              | 5,200.00          |
| ค่าใช้จ่ายสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ (ประเภทที่ 5)               | 0.00              | 0.00              |
| <b>รวมรายจ่าย</b>  | <b>0.00</b>       | <b>177,700.00</b> |
| <b>คงเหลือยกไป</b>   | <b>273,704.33</b> |                   |

เรียน คณะกรรมการกองทุน.....

เพื่อเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....ผู้จัดทำ

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ จัดทำการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน

(.....)

นายก.....

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

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบ

(.....)

ประธานกรรมการกองทุนฯ