**รายงานการรับเงิน-จ่ายเงิน ประจำเดือน……………………… ปีงบประมาณ………………………**

**ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสระบุรี**

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการ** | **บาท** |
| **ยอดยกมา** |  |
| **รายรับ** |  |
| **เงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** |  |
| **เงินสมทบจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัด** |  |
| **เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจาก อบต. / เทศบาล** |  |
| **เงินสมทบจากชุมชน กองทุนชุมชน** |  |
| **เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาค** |  |
| **เงินได้ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร** |  |
| **รายได้อื่นๆ ได้แก่ .................................** |  |
| **รวมรายรับ** |  |
| **รายจ่าย** |  |
| **ประเภทที่ 1 ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนในลักษณะการจัดบริการ การจัดหา รวมถึงการซ่อม ดัดแปลง**  **เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ** |  |
| **1.1 การจัดบริการให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ให้แก่ผู้พิการ** |  |
| **1.2 การซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความ**  **พิการให้แก่ผู้พิการ** |  |
| **ประเภทที่ 2 ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรม ตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ** |  |
| **2.1 สนับสนุนการดำเนินการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการจัดหา**  **ซ่อมแซม และเคลื่อนย้ายอุปกรณ์** |  |
| **2.2 สนับสนุนการจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระดับ**  **ชุมชนและที่บ้าน** |  |
| **2.3 สนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน** |  |
| **ประเภทที่ 3 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนค่าบริหารจัดการหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ** |  |
| **รวมรายจ่าย** |  |
| **รับเงินคืนจากโครงการ** |  |
| **รายรับ มากกว่า (น้อยกว่า) รายจ่าย** |  |
| **คงเหลือยกไป** |  |

**เรียน ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**(ลงชื่อ)...................................................ผู้รายงาน (ลงชื่อ)................................................ผู้ตรวจสอบ**

**(..................................................) (.................................................)**

**ผู้รับผิดชอบการเงินและบัญชี ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**(ลงชื่อ)...........................................ผู้ตรวจสอบ**

**(..............................................)**

**เลขานุการคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**รายงานการรับเงิน – จ่ายเงิน ประจำไตรมาส.................... ปีงบประมาณ..........................**

**ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสระบุรี**

**□ ประจำไตรมาสที่ 1 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม) □ ประจำไตรมาสที่ 2 (เดือนมกราคม - มีนาคม)**

**□ ประจำไตรมาสที่ 3 (เดือนเมษายน - มิถุนายน) □ ประจำไตรมาสที่ 4 (เดือนกรกฎาคม - กันยายน)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ไตรมาสนี้** | **รวมทั้งปี** |
| **ยอดยกมา** |  |  |
| **รายรับ** |  |  |
| **เงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** |  |  |
| **เงินสมทบจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัด** |  |  |
| **เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจาก อบต. / เทศบาล** |  |  |
| **เงินสมทบจากชุมชน กองทุนชุมชน** |  |  |
| **เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาค** |  |  |
| **เงินได้ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร** |  |  |
| **รายได้อื่นๆ ได้แก่ .................................** |  |  |
| **รวมรายรับ** |  |  |
| **รายจ่าย** |  |  |
| **ประเภทที่ 1 ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนในลักษณะการจัดบริการ การจัดหา รวมถึงการซ่อม ดัดแปลงเปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ** |  |  |
| **1.1 การจัดบริการให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้แก่ผู้พิการ** |  |  |
| **1.2 การซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้แก่ผู้พิการ** |  |  |
| **ประเภทที่ 2 ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรม ตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ** |  |  |
| **2.1 สนับสนุนการดำเนินการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการจัดหา ซ่อมแซม และเคลื่อนย้ายอุปกรณ์** |  |  |
| **2.2 สนับสนุนการจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระดับชุมชนและที่บ้าน** |  |  |
| **2.3 สนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน** |  |  |
| **ประเภทที่ 3 ค่าใช้จ่ายสนับสนุนค่าบริหารจัดการหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ** |  |  |
| **รวมรายจ่าย** |  |  |
| **รับเงินคืนจากโครงการ** |  |  |
| **รายรับ มากกว่า (น้อยกว่า) รายจ่าย** |  |  |
| **คงเหลือยกไป** |  |  |

**เรียน ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**(ลงชื่อ)...................................................ผู้รายงาน (ลงชื่อ)................................................ผู้ตรวจสอบ**

**(.................................................) (..................................................)**

**ผู้รับผิดชอบการเงินและบัญชี ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**(ลงชื่อ)...........................................ผู้ตรวจสอบ**

**(..............................................)**

**เลขานุการคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**(โลโก้)**

**ใบสำคัญรับเงิน**

**วันที่ ….. เดือน ....………….….. พ.ศ. .............**

**ข้าพเจ้า ................…….…………………...................…...................... อยู่บ้านเลขที่ ………...…………..**

**ตำบล ....………………………………… อำเภอ ……………....................……… จังหวัด …………...............……………......**

**ได้รับเงินจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัด ........................................... ที่อยู่ ..............................................................**

**..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**ดังรายการต่อไปนี้**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
|  |  |  |
|  |  |  |

**จำนวนเงิน ………………………………...…………………บาท**

**(ตัวอักษร)**

**ลงชื่อ ………………………………………………ผู้รับเงิน**

**(...........................................................................)**

**ลงชื่อ ………………………………………………ผู้รับเงิน**

**(...........................................................................)**

**ลงชื่อ ………………………………………………ผู้จ่ายเงิน**

**(...........................................................................)**

**เล่มที่…………………**

**เลขที่…………………**

**(โลโก้)**

**ใบสำคัญรับเงิน**

**วันที่ ………... เดือน ....………….….. พ.ศ. ............................**

**กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสระบุรี เลขที่.…...……..........….....................................…..………...........**

**ตำบล ....…………………………………… อำเภอ …………………...................……จังหวัด ………………........................……………......**

**ได้รับเงินจาก ................................................................ ที่อยู่ .............................................................................................**

**...............................................................................................................................................................................................**

**ดังรายการต่อไปนี้**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
|  |  |  |
|  |  |  |

**จำนวนเงิน ………………………………...…………………บาท**

**(อักษร)**

**ลงชื่อ ………………………………………………ผู้รับเงิน**

**(.....................................................)**