 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว .

**ที่** สก0432.1/ **.วันที่**  .

**เรื่อง** ขออนุมัติเบิก-จ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการสาธารณสุข .

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล..........................

ด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.......................... ได้พิจารณาลูกจ้างสายกระทรวงสาธารณสุขให้รับเงินค่าตอบแทนให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการสาธารณสุข (ลูกจ้างชั่งคราวรายเดือน สายสนับสนุนสายกระทรวงสาธารณสุข) ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 11 ) พ.ศ.2559 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 17 มกราคม 2560 นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน..................................... มีความประสงค์ขออนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทนของลูกจ้างในสังกัด ที่ปฏิบัติงานในเดือน...........................พ.ศ.2562 โดยมีรายละเอียดที่ขอเบิก ดังนี้

1. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สายงานระดับวุฒิปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน .... คน เป็นเงิน ......บาท
2. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สายงานระดับต่ำกว่าวุฒิปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน .... คน เป็นเงิน ......บาท

รวมเป็นเงินที่ขอเบิก.......................................... .00 (....................................................บาทถ้วน)

**รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาด้วยดังนี้**

1. ใบขอเบิกเงินค่าตอบแทน จำนวน 1 ฉบับ (คนละ 1 ฉบับ)

2. ใบสำคัญรับเงิน จำนวน 1 ฉบับ (คนละ 1 ฉบับ)

3. แบบสรุปค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการภาครัฐ จำนวน 1 ฉบับ

4. รายละเอียดการขอเบิกค่าตอบแทนฯ จำนวน 1 ฉบับ

5. คำส่งแต่งตั้งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ตามตำแหน่งที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี

6. กรณีปฏิบัติงาน จพ. เป็น นว. ให้แนบวุฒิปริญญาตรีพร้อมสำเนาถูกต้อง

7. สำเนาบัตรประชาชน

8. สำเนาแผนเงินบำรุง ปี 2563

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ…………..………………………………….

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

**อนุมัติ**

ลงชื่อ……………….................……..…

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

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล..........................

# **D:\งาน......เงิน UC ปี 60\ฉ 11-60\S__2187461.jpg**

# ที่ …………………………………………….………..

# **ใบสำคัญรับเงิน**

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

ข้าพเจ้า....................................................................................... บ้านเลขที่........................หมู่ที่......................

ตำบล..................................... อำเภอ............................................ จังหวัด.......................................................... ได้รับเงินจากหน่วยงาน..............โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน............................... ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |
| - ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 30 กันยายน 2561 จำนวน 6 เดือนๆละ......................บาท เป็นเงิน | .00 |
| **รวมเงิน (บาท)** | .00 |

**รวมเป็นตัวอักษร** ( .........................................บาทถ้วน-)

ลงชื่อ …………………………………………..ผู้รับเงิน

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

ลงชื่อ…………………………………………..ผู้จ่ายเงิน

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

**แบบสรุปค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการภาครัฐ**

**ประจำเดือน ................................................**

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน.......................**

**พยาบาลวิชาชีพในสถานบริการ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ระยะเวลาปฏิบัติงาน | ข้าราชการ | | | ลูกจ้าง (สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข) | | |
| คน | อัตรา/เดือน | รวมเงิน | คน | อัตรา/เดือน | รวมเงิน |
| 1-3 ปี |  | 2,400.00 |  |  | 2,400.00 |  |
| 4-10ปี |  | 3,000.00 |  |  | 3,000.00 |  |
| 11 ปีขึ้นไป |  | 3,200.00 |  |  | 3,200.00 |  |

**เจ้าพนักงานสาธารณสุขสายงานวุฒิการศึกษาต่ำปริญญาตรีขึ้นไป**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระยะเวลาปฏิบัติงาน** | ข้าราชการ | | | ลูกจ้าง(สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข) | | |
| คน | อัตรา/เดือน | รวมเงิน | คน | อัตรา/เดือน | รวมเงิน |
| 1-3 ปี |  | 1,000.00 |  |  | 1,000.00 |  |
| 4-10ปี |  | 1,200.00 |  |  | 1,200.00 |  |
| 11 ปีขึ้นไป |  | 1,500.00 |  |  | 1,500.00 |  |

**เจ้าพนักงานสาธารณสุขสายงานวุฒิการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระยะเวลาปฏิบัติงาน** | ข้าราชการ | | | ลูกจ้าง(สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข) | | |
| คน | อัตรา/เดือน | รวมเงิน | คน | อัตรา/เดือน | รวมเงิน |
| 1-3 ปี |  | 2,200.00 |  |  | 2,200.00 |  |
| 4-10ปี |  | 2,800.00 |  |  | 2,800.00 |  |
| 11 ปีขึ้นไป |  | 3,000.00 |  |  | 3,000.00 |  |

**รายละเอียดการขอเบิกค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการภาครัฐ**

**ประจำเดือน ....................................**

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน...............................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อ – สกุล** | **ตำแหน่ง** | **ค่าตอบแทน(บาท)** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **รวม** | | | **0,000.00** |  |

**จำนวนอักษร (............................................................บาทถ้วน)**