

**แบบสอบถามกรณีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
ที่มีงบประมาณคงเหลือเกิน ๑ เท่า ของรายรับในปีงบประมาณที่ผ่านมา**

ชื่อเทศบาล/อบต. อำเภอ จังหวัด.....

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๕ ข้อ ๕ ระบุว่า ...องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพคงเหลือมากกว่าหนึ่งเท่าของรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ วรรคหนึ่ง ของปีงบประมาณที่ผ่านมา สำนักงานอาจจัดการจัดสรรเงินจากกองทุนฯ ตามข้อ ๗ (๑) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นงดการสมทบเงินตามข้อ ๗ (๒) ของปีงบประมาณนั้น

สำนักงานจึงขอสอบถามว่า ท่านมีความประสงค์จะขอรับและสมทบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ หรือไม่ (โปรดระบุ ไม่รับ หรือ รับ)

ไม่รับ

รับ โปรดระบุเหตุผลและแผนดำเนินงานกองทุนโดยละเอียด.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ผู้บริหารหน่วยงาน ลงชื่อ.....

()

ตำแหน่ง.....

วันที่

ส่งแบบสอบถามพร้อมหนังสือแนบส่ง มาที่ สปสข.เขต ๗ ขอนแก่น ภายในวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

ทั้งนี้ สปสข.เขต ๗ ขอนแก่น จะพิจารณาผลการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวและแจ้งต่อไป

ผู้รับผิดชอบ สปสข.เขต นายปรเมศร์ เพ็งสว่าง E-mail : poramete.p@nhso.go.th โทรศัพท์ ๐-๔๓๓๖-๕๒๐๐ มือถือ ๐๙๐-๑๙๗๕๒๐๙