

สำนักอนามัย (....................................... โทร. .......... หรือโทร. .......... โทรสาร .......... )

(แบบ ๓/๒)

**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ**……………………………………………………………………………………………………………………....

กรกฎาคม ๒๕๖๖

กท ..../..........

**ที่**………………………………………………………………**วันที่**…………………………………………………………..……

แจ้งการโอนเงินตามกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรรประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .................... /กรอบวงเงิน

ที่ได้รับจัดสรรประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .................... เพิ่มเติม

**เรื่อง**……………………………………………………………………………………………………………………………..……

เรียน ผู้อำนวยการเขต...........................

ตามที่ สำนักงานเขต........................... ได้มีหนังสือ ลงวันที่ .................................................. ขอเบิกเงินตามกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรรประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .................... /กรอบวงเงินที่ได้รับ จัดสรรประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .................... เพิ่มเติม จากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร จำนวน ................................. บาท (.................................................................) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้แก่สำนักงานกองทุนสาขา................................................ ไว้สำหรับเบิกจ่ายให้แก่ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการ หรือกิจกรรม นั้น

บัดนี้ หน่วยการคลังกองทุน สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ได้ดำเนินการโอนเงินตามกรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรรดังกล่าว จำนวน ................................. บาท (.................................) เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๑. ตรวจสอบยอดเงินในบัญชีเงินฝากธนาคาร หากพบว่า มีรายการที่ไม่ถูกต้องให้ทักท้วงภายใน ๓ วันทำการนับจากวันที่ได้แจ้งการโอนเงิน มิฉะนั้นจะถือว่าเป็นรายการที่ถูกต้องครบถ้วน

๒. แจ้งให้สำนักงานกองทุนสาขาดำเนินการ ดังนี้

(๑) ตรวจสอบและบันทึกการรับเงินและบัญชีรายรับภายในวันที่ได้รับเงินเข้าบัญชี ตามแนวทางของกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

(๒) ควบคุมดูแลการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ประกาศ แนวทาง และหนังสือสั่งการที่เกี่ยวข้อง อย่างเคร่งครัด รวมทั้งให้ตรวจสอบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายที่เกี่ยวข้อง ให้ถูกต้องครบถ้วนและเป็นไปตามที่ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

(๓) จัดส่งรายงานการรับ การจ่าย และเงินคงเหลือ ประจำเดือน ตามแบบ ถ. ๑/๑ ถึง ถ. ๑/๘ หรือตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครกำหนด ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน และรายงาน ให้คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตทราบด้วย

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | (................................................................) |  |
|  | ผู้อำนวยการสำนักอนามัย |  |