

ด่วนที่สุด

ที่ ขย ๐๐๒๓.๖/ว ๕๒๓๕



ศาลากลางจังหวัดชัยภูมิ

ถนนบรรณาการ ขย ๓๖๐๐๐

๓ เมษายน ๒๕๖๙

เรื่อง แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ และนายกเทศมนตรีเมืองชัยภูมิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำนวน ๑ ชุด

ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๑๕๖๔ ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๙

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิว่า ในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนาระดับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ยกเลิกเครื่อง EDC) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป โดยที่ประชุมเห็นชอบการจัดสรรโควตานำร่องหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านการเชื่อมต่อระบบเพื่อใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเริ่มตั้งแต่เมษายน ๒๕๖๙ จำนวน ๑๐๐ แห่ง และเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๙ จำนวน ๔๐๐ แห่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

จังหวัดชัยภูมิพิจารณาแล้ว เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการยกระดับการให้บริการของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว จึงให้อำเภอแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขและมีความประสงค์เข้าร่วมโครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดชัยภูมิตราบภายในวันศุกร์ที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๙ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ และเทศบาลเมืองชัยภูมิให้พิจารณาดำเนินการเช่นเดียวกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายอนุชา อินทศร)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ

สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานบริการสาธารณสุขท้องถิ่นและประสานงานท้องถิ่นอำเภอ

โทร./โทรสาร ๐-๔๔๘๒-๒๒๐๓

ด่วนที่สุด
ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๑๕๖๕



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒๗ มีนาคม ๒๕๖๙

เรื่อง แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วย
บริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรง ฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบการเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง ฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิว่า ในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙
ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนาระดับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ
และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ
การรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ใช้
งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(ยกเลิกเครื่อง EDC) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป โดยที่ประชุมเห็นชอบการจัดสรรโควตานำร่อง
หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านการเชื่อมต่อระบบเพื่อใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิ
เมื่อสิ้นสุดการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ แห่ง ในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเริ่มตั้งแต่เมษายน ๒๕๖๙ จำนวน ๑๐๐ แห่ง
และเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๙ จำนวน ๔๐๐ แห่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการ
และบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการยกระดับ
การให้บริการของสถานีนอมนายเฉลิมพระเกียรติ ๒๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขั้นทะเบียน
เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ในกรณีนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขและมีความประสงค์เข้าร่วม
โครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

/๒. ตรวจสอบ ...

๒. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารตามข้อ ๑ และรวบรวมให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบทางเอกสารและทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com ภายในวันศุกร์ที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๙ ทั้งนี้ มอบหมายให้ นายธนวรรต ยี่คว่ำ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๓๕๓๖ ๕๑๔๔ เป็นผู้ประสานงาน โดยสามารถดาวน์โหลดรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยหรือ QR Code แนบท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นายศิริพันธ์ ศรีกงพลี)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



<https://shorturl.asia/qN2Ok>

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com

โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๕๔๐๕

ผู้ประสาน นางสาวภรณีจรัสร์ ธัชเมฆรัตน์/นางสาวแสงระวี สวัสดิ์ติบุตร

นายธนวรรต ยี่คว่ำ โทร ๐๘ ๓๕๓๖ ๕๑๔๔

ตัวอย่าง ข้อมูลหลักผู้ขาย (vendor code)

- กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ยกเว้น ข้อ (1)
- (3) (4) (7) ไม่ต้องการกรอกข้อมูล และหาก
ข้อไหนไม่มีข้อมูล เช่น ซอย ให้ระบุ -
- uhcode ระบุรหัสหน่วยบริการ
- โปรดตรวจสอบตัวเลขที่ถูกต้อง

ตารางข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code)		
(๑)	ลำดับที่	1
(๒)	uhcode (รหัส รพ.)	00000
(๓)	รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)	
(๔)	ประเภทผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)	
(๕)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก
(๖)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)	Kor Subdistrict Health Promoting Hospital
(๗)	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	
(๘)	ข้อมูลที่อยู่ผู้ขาย	
	อาคาร/ชั้น	อาคาร 5 ชั้น 8
	บ้านเลขที่	88/20
	ถนน	พิจิตรนที
	ซอย	-
	ตำบล	พลาชวีญ
	อำเภอ	เมือง
	จังหวัด	บึงกาฬ
	รหัสไปรษณีย์	11000
	หมายเลขโทรศัพท์	02-590-1939
	หมายเลขโทรสาร	-
	หมายเลขแฟกซ์	02-590-1938
	หมายเลขตู้	-
	สถานพยาบาล	plan.primarycare@gmail.com
	E-mail	
	รหัสธนาคาร	142
	ชื่อธนาคาร	กรุงไทย
	สาขา	กระทรวงสาธารณสุข
	หมายเลขบัญชีธนาคาร	142-0-00000-0
	ข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ขาย	
(๙)	ชื่อบัญชีเงินฝาก	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาอังกฤษ) Kor Subdistrict Health Promoting Hospital
	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาไทย)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

ตัวอย่าง สำเนา Bookbank บัญชีออมทรัพย์

บัญชีออมทรัพย์ (บัญชีออมทรัพย์)

1. บัญชีออมทรัพย์เป็นบัญชีที่ผู้ฝากเงินสามารถฝากเงินเข้าบัญชีได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า และผู้ฝากเงินสามารถถอนเงินออกได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า

2. ผู้ฝากเงินสามารถฝากเงินเข้าบัญชีได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า และสามารถถอนเงินออกได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า

3. บัญชีออมทรัพย์มีอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำกว่าบัญชีออมทรัพย์ประเภทอื่น

4. บัญชีออมทรัพย์มีอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำกว่าบัญชีออมทรัพย์ประเภทอื่น

5. บัญชีออมทรัพย์มีอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำกว่าบัญชีออมทรัพย์ประเภทอื่น

6. บัญชีออมทรัพย์มีอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำกว่าบัญชีออมทรัพย์ประเภทอื่น

7. บัญชีออมทรัพย์มีอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำกว่าบัญชีออมทรัพย์ประเภทอื่น

8. บัญชีออมทรัพย์มีอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำกว่าบัญชีออมทรัพย์ประเภทอื่น

9. บัญชีออมทรัพย์มีอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำกว่าบัญชีออมทรัพย์ประเภทอื่น

10. บัญชีออมทรัพย์มีอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำกว่าบัญชีออมทรัพย์ประเภทอื่น



สาขา 142

142-0-00000-0

สาขา กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก



ส่วนลูกค้า

สายเงิน

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำบล ก



ตัวอย่าง ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายเซ็น

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

ประทับตรา
รพ.สต.

ลายมือชื่อห้ามเกิน 2 ท่าน

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

1. นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก
หรือ

2. นายสำรอง นามสมมติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ลายเซ็น

(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

หรือ

ลายเซ็น

(นายสำรอง นามสมมติ)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ประทับตรา
รพ.สต.

แบบที่ 2 หากประสงค์ให้ลงนามทั้ง 2 ท่านให้เขียนว่า "และ"
เช่น นาย ก. และ นาย ข. แต่ถ้าคนใดคนหนึ่ง ใช้ "หรือ"
โดยเซ็นมาในใบเดียวกัน

แบบที่ 1 กรณีให้ผู้มีอำนาจลงนาม 1 คน

		ตารางข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code)									
		(๔)					(๕)				
	ข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ขาย	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาอังกฤษ)				ข้อมูลที่อยู่ผู้ขาย	E-mail				
		ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาไทย)					สถานพยาบาล				
		หมายเลขบัญชีธนาคาร					หมายเลขต่อ				
		สาขา					หมายเลขแฟกซ์				
		ชื่อธนาคาร					หมายเลขต่อ				
		รหัสธนาคาร					หมายเลขโทรศัพท์				
					รหัสไปรษณีย์						
					จังหวัด						
					อำเภอ						
					ตำบล						
					ซอย						
					ถนน						
					บ้านเลขที่						
					อาคาร/ชั้น						
(๗)	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี										
(๖)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)										
(๕)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)										
(๔)	ประเภทผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)										
(๓)	รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)										
(๒)	uhcode (รหัส รพ.)										
(๑)	ลำดับที่										

หมายเหตุ : กรณีเป็น สถานพยาบาลของทางราชการ ช่อง (๗) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ไม่ต้องกรอกข้อมูล

สำเนาสมุดเลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์

หรือ

สำเนา Statement เลขที่บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน

ของโรงพยาบาล

รับรองสำเนาถูกต้อง

แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกตาราง Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษายาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๙๗ ,

๐๒ ๑๒๗ ๗๕๐๐

ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

.....(ลายมือชื่อ).....

(.....ชื่อตัวบรรจง.....)



.....ตำแหน่ง.....

แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกราย Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษายาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๔๕ ,


๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐

ตัวอย่าง ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก	
<p style="text-align: center;">ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก</p> <p style="text-align: center;">ลายเซ็น</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	<p style="text-align: center;">ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก</p> <p>ผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก</p> <p>1. นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก หรือ</p> <p>2. นายสำรอง นามสมมติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p style="text-align: center;">ลายเซ็น</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก</p> <p style="text-align: center;">หรือ</p> <p style="text-align: center;">ลายเซ็น</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(นายสำรอง นามสมมติ) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>
ลายมือชื่อทั้งหมด 2 ท่าน	
<p>แบบที่ 2 หากประสงค์ให้ลงนามทั้ง 2 ท่านให้เขียนว่า "และ" เช่น นาย ก. และ นาย ข. แต่ถ้าคนใดคนหนึ่ง ใช้ "หรือ" โดยเขียนมาในใบเดียวกัน</p>	
<p>แบบที่ 1 กรณีให้ผู้มีอำนาจลงนาม 1 คน</p>	

๓. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องดำเนินการส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จังหวัด ดังนี้

- ๓.๑ แบบสำรวจของหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัด อปท. ที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง สวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ๓.๒ เอกสารข้อมูลหลักผู้ขาย (VENDER CODE)
- ๓.๓ สำเนา BOOK BANK บัญชีออมทรัพย์
- ๓.๔ ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

๔. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารตามข้อ ๓ ให้เรียบร้อย และดำเนินการจัดทำข้อมูลสรุปตามแบบฟอร์มสำรวจ (อยู่ใน Folder สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด) และดำเนินการส่งเอกสารทั้งหมดให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ทราบ ทางเอกสาร และทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com ภายในวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๔

	<p>สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด.....</p> <p>ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....</p> <p>ที่ มท</p>
<p>เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น</p> <p>กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น</p> <p>ถนนนครราชสีมา แขวงดุสิต</p> <p>เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐</p>	

