**- ตัวอย่าง -**

**แผนการใช้จ่ายเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข**

**(ชื่อโรงพยาบาล/หน่วยบริการสาธารณสุข)……………………………………………**

**สังกัด (ชื่อ อปท.) .......................................................**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ****ที่** | **รายการ** | **แหล่งงบประมาณ** | **เดือน** | **รวม** |
| **งบประมาณ อปท.** | **เงินบำรุง** | **ต.ค.** | **พ.ย.** | **ธ.ค.** | **ม.ค.** | **ก.พ.** | **มี.ค.** | **เม.ย.** | **พ.ค.** | **มิ.ย.** | **ก.ค.** | **ส.ค.** | **ก.ย.** |
| 1. | ค่ายาและเวชภัณฑ์ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ค่าวัสดุ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | ค่าตอบแทนทางการแพทย์ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | ค่าบริการทางการแพทย์ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | ค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | ค่าใช้สอย |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | ค่าสาธารณูปโภค |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **รวม** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ หัวหน้าหน่วยงาน

( )

 ตำแหน่ง ..............................................................

ลงชื่อ ผู้รายงาน

( )

 ตำแหน่ง ............................................................