**รายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 งบกลาง**

**รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น งบเงินอุดหนุน ประเภทเงินอุดหนุนทั่วไป**

**เทศบาล/อบต. ...........................................................  
อำเภอ......................................จังหวัด...............................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **งบประมาณที่ได้รับ**  **การจัดสรร**  **(บาท)** | **รายการเบิกจ่าย** | | **งบประมาณปี 2563 เหลือจ่ายส่งคืน** | **จำนวน หน้ากากอนามัย** | **หมายเหตุ** |
| **วัน เดือน ปี** | **จำนวนเงิน (บาท)** | **(บาท)** | **(ชิ้น)** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |  |

(ลงชื่อ) ......................................... ผู้รายงาน

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

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองคลัง/หัวหน้าส่วนการคลัง

**หมายเหตุ** หากมีเงินเหลือจ่ายให้นำเงินส่งคืน โดยเขียนเช็คสั่งจ่าย “กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น”  
 พร้อมนี้ให้รายงานผลการดำเนินการให้จังหวัดทราบด้วย

**รายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 งบกลาง**

**รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น งบเงินอุดหนุน ประเภทเงินอุดหนุนทั่วไป**

**สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด......................................**

**จังหวัด...........................................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **งบประมาณที่ได้รับ**  **การจัดสรร**  **(บาท)** | **รายการเบิกจ่าย** | | **งบประมาณปี 2563 เหลือจ่ายส่งคืน** | **จำนวน หน้ากากอนามัย** | **หมายเหตุ** |
| **วัน เดือน ปี** | **จำนวนเงิน (บาท)** | **(บาท)** | **(ชิ้น)** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |  |

(ลงชื่อ) ......................................... ผู้รายงาน

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

ตำแหน่ง ท้องถิ่นจังหวัด...............................

**หมายเหตุ** ให้รายงานผลการดำเนินการดังกล่าวให้กองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น   
 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [Healthdla2018@gmail.com   
 ภายใน](mailto:Healthdla2018@gmail.com%20%20%09ภายใน)เวลา ๑๖.๐๐ น. ของทุกวัน