**รายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 งบกลาง**

**รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น งบเงินอุดหนุน ประเภทเงินอุดหนุนทั่วไป**

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

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

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

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

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

**หมายเหตุ** ให้รายงานผลการดำเนินการดังกล่าวให้กองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Healthdla2018@gmail.com
 ภายในเวลา ๑๖.๐๐ น. ของทุกวัน