

ชื่อ สถาบันอนามัย/ รพ.สต.

..... คำแปล

..... อำเภอ

..... จังหวัด

รายการจ่าย	รายได้ไตรมาส				ยอดรวม
	ไตรมาส 1 (ต.ค. 63- ธ.ค. 63)	ไตรมาส 2 (ม.ค. 64- มี.ค. 64)	ไตรมาส 3 (เม.ย. 64 - มิ.ย. 64)	ไตรมาส 4 (ก.ค. 64 - ก.ย. 64)	
ค่าจ้างชั่วคราวรายเดือน รายวัน รายคาบ (ระบุตำแหน่ง)					
- เช่น พยาบาลวิชาชีพ					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
- สมทบประกันสังคม					
คำตอบแทน					
- คำตอบแทนงานการแพทย์และฝ่ายสนับสนุนอื่นๆ					
- คำตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ					
- คำตอบแทน ณ.11					
- คำตอบแทนอื่นๆ (ระบุ)					

แบบรายงานการใช้จ่ายงบประมาณเงินบำรุงของสถานีนอนามัย/รพ.สต.ที่ถ่ายโอนให้แก่ อปท. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ชื่อ สถานีนอนามัย/ รพ.สต.

ชื่อ อปท.

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รายจ่าย	รายไตรมาส				ยอดรวม
	ไตรมาส 1 (ต.ค. 63-ธ.ค. 63)	ไตรมาส 2 (ม.ค. 64-มิ.ค. 64)	ไตรมาส 3 (เม.ย. 64 - มิ.ย. 64)	ไตรมาส 4 (ก.ค. 64 - ก.ย. 64)	
ค่าใช้สอย					
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ					
- ค่าจ้างเหมาบริการอื่น					
- ค่าแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม					
- ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง					
- อื่นๆ (ระบุ)					
ค่าวัสดุ					
- วัสดุสำนักงาน					
- วัสดุงานบ้านงานครัว					
- วัสดุไฟฟ้าและวิทยุ					
- วัสดุน้ำมันเชื้อเพลิงและหล่อลื่น					
- วัสดุคอมพิวเตอร์					
- วัสดุก่อสร้าง					
- วัสดุวิทยาศาสตร์					

แบบรายงานการใช้จ่ายงบประมาณเงินบำรุงของสถานีนามัย/รพ.สต.ที่ถ่ายโอนให้แก่ อปท. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ชื่อ สถานีนามัย/ รพ.สต.

ชื่อ อปท.

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รายจ่าย	รายไตรมาส				ยอดรวม
	ไตรมาส 1 (ต.ค. 63-ธ.ค. 63)	ไตรมาส 2 (ม.ค. 64-มิ.ค. 64)	ไตรมาส 3 (เม.ย. 64 - มิ.ย. 64)	ไตรมาส 4 (ก.ค. 64 - ก.ย. 64)	
- วัสดุการแพทย์					
- วัสดุโฆษณาและเมยแพร่					
- วัสดุการเกษตร					
- วัสดุยานพาหนะและขนส่ง					
- วัสดุอื่นๆ (ระบุ)					
ค่าครุภัณฑ์					
- ครุภัณฑ์สำนักงาน					
- ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์					
- ครุภัณฑ์การเกษตร					
- ครุภัณฑ์โฆษณาและเมยแพร่					
- ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว					
- ครุภัณฑ์ยานพาหนะและขนส่ง					
- ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์					
- ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ					
- ครุภัณฑ์อื่นๆ (ระบุ)					

แบบรายงานการใช้จ่ายงบประมาณเงินบำรุงของสถานีอนามัย/รพ.สต.ที่ถ่ายโอนให้แก่ อบต. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ชื่อ สถานีอนามัย/ รพ.สต.

ชื่อ อบต.

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รายจ่าย	รายไตรมาส				ยอดรวม
	ไตรมาส 1 (ต.ค. 63-ธ.ค. 63)	ไตรมาส 2 (ม.ค. 64-มิ.ค. 64)	ไตรมาส 3 (เม.ย. 64 - มิ.ย. 64)	ไตรมาส 4 (ก.ค. 64 - ก.ย. 64)	
ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง					
ค่าสาธารณูปโภค					
- ไฟฟ้า					
- ประปา					
- โทรศัพท์					
- อินเทอร์เน็ต					
- ค่าสาธารณูปโภคอื่นๆ (ระบุ)					
อื่นๆ(ระบุ)....					
รวมเงินรายจ่าย					
ยอดเงินบำรุงคงเหลือยกมา เมื่อต้นปีงบประมาณ					
เงินบำรุงคงเหลือ					

ชื่อ.....ผู้รายงาน (ผอ.กอง/ผอ.รพ.สต./หน.ศูนย์

(.....)