**แบบจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลโพนงาม รหัส กปท.L5157**

**อำเภอ อากาศอำนวย จังหวัด สกลนคร**

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2567 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ 17 "ให้คณะกรรมการ กองทุนมีอำนาจหน้าที่พิจารณาอนุมัติแผนการเงินประจำปี ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

 อาศัยอำนาจของประกาศ ฯ ข้อ 10 "เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ" จึงได้จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ประจำปีงบประมาณ 2568 ดังนี้

1. **ชื่อ Project 1**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

1. **หลักการเหตุผล**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

1. **วัตถุประสงค์ (เพื่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคฟื้นฟูสมรรถภาพและรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกรวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

1. **วิธีดำเนินการ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 3)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

1. **กลุ่มเป้าหมายและกิจกรรม**

5.1 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….
 1.การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..

1. **ระยะเวลาดำเนินการ (ควรระบุตามการดำเนินงานจริง)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….สถานที่ดำเนินการ

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….งบประมาณ (ให้สอดคล้องกับวิธีดำเนินการที่ตั้งไว้ตามข้อ 4)

1. ค่าProject 1 เป็นเงิน ……………… บาท
2. ค่าProject 1 เป็นเงิน ……………… บาท
3. ค่าProject 1 เป็นเงิน ……………… บาท

1. **ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ให้ลอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 3)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

1. **คำรับรองความซ้ำซ้อนของงบประมาณ**

 ข้าพเจ้า................................................................ตำแหน่ง......................................................

หน่วยงาน...................................................................หมายเลขโทรศัพท์................................................ในฐานะของ

ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 ขอรับรองว่า แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในครั้งนี้

 ไม่ได้ซ้ำซ้อนจากงบประมาณจากแหล่งอื่น

 สอดคล้องกับแผนสุขภาพชุนชนของ กปท

 รับทราบถึงระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2567 และที่แก้ไขเพิ่มเติมแล้ว

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลงชื่อ | ........................................................ | ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม |
| ( | ........................................................ | ) |
| ตำแหน่ง | ........................................................ |  |
| วันที่ | ........................................................ |  |

* เห็นชอบ/อนุมัติ
* ให้เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลงชื่อ | ........................................................ | หัวหน้าหน่วยงาน/องกรค์/กลุ่มประชาชน |
| ( | ........................................................ | ) |
| ตำแหน่ง | ........................................................ |  |
| วันที่ | ........................................................ |  |