

**หนังสือแสดงความจำนง  
การเข้าร่วมและสมทบงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่  
ปี 2552**

เรื่อง การเข้าร่วมและสมทบงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปี 2552

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (นครราชสีมา)

ข้าพเจ้า ..... นามสกุล ..... ประธาน  
คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล  
..... (นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล .....) )

- ขอยืนยันการเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ต่อไปอีก 1 ปี  
 ไม่ขอเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

หลังสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินงานตามข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ  
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับองค์การ  
บริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ในวันที่ .....30..... เดือน .....กันยายน..... พ.ศ. 2551 พร้อมกันนี้

สามารถหรือได้จัดสรรเงินสมทบระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ไว้  
แล้ว จำนวน ..... บาท และสามารถโอนเงินสมทบ ในเดือน .....

ไม่สามารถได้จัดสรรเงินสมทบระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เหตุผล.....  
.....  
.....

ปัจจุบันองค์การบริหารส่วนตำบล..... เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ขนาด  
 เล็ก  กลาง  ใหญ่ มีจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด ..... หมู่บ้าน ประชากรตามทะเบียนราษฎร ในปี  
2551 ณ วันที่ ..... จำนวน ..... คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... เดือน ..... 2552

**ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ (พื้นที่ใหม่)**  
**“ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๒”**  
**สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สาขาเขตพื้นที่(นครราชสีมา)**

\*\*\*\*\*

๑. ชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบล / เทศบาล .....

เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาด  เล็ก  กลาง  ใหญ่

๒. ที่ตั้ง .....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

๓. ข้อมูลเบื้องต้น

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| ๓.๑ ชื่อนายก              | โทรศัพท์     |
| ๓.๒ ชื่อปลัด              | โทรศัพท์     |
| ๓.๓ จำนวนหมู่บ้าน / ชุมชน | หมู่ / ชุมชน |
| ๓.๔ จำนวนประชากร          | คน           |

๔. จำนวนสถานบริการที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ .....แห่ง

๔.๑ .....

๔.๒ .....

๔.๓ .....

๔.๔ .....

๔.๕ .....

๕. กิจกรรมงานสาธารณสุขที่เคยดำเนินงานในพื้นที่ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๐

|     |          |     |
|-----|----------|-----|
| ๕.๑ | งบประมาณ | บาท |
| ๕.๒ | งบประมาณ | บาท |
| ๕.๓ | งบประมาณ | บาท |
| ๕.๔ | งบประมาณ | บาท |
| ๕.๕ | งบประมาณ | บาท |

มีความประสงค์ขอสมัครเข้าร่วมโครงการ “ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๒” และหากได้รับการพิจารณาเข้าร่วมโครงการฯ จะสามารถจัดงบประมาณสมทบได้เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

นายก.....