

แบบคำขอรับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุข
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินค่าตอบแทน

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

ระดับ..... อายุราชการ ปี สังกัดสำนัก/กอง

ปัจจุบันปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....ปี.....เดือน

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พร้อมแนบหลักฐานมาพร้อมกับคำขอนี้แล้ว ดังนี้

- ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย
- ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิค
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพอื่น ๆ ระบุ
- ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

ถ้ามีใบอนุญาตเลขที่ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

มีความประสงค์ขอรับเงินค่าตอบแทน ตามข้อ ๔ ของระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงิน
ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนี้

- (๑) ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
- (๒) ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ
- ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานเวรหรือผลัดป่วยหรือผลัดดึกของพยาบาล
- ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานชั้นสูตรพลิกศพ
- ค่าตอบแทนพิเศษสำหรับแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ
- ค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ

สาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

- ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว
- ค่าเบี่ยงเหลียงหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข
- ค่าตอบแทนอื่น ๆ ระบุ

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....ปี.....เดือน.....ชั่วโมง

ในอัตราคนละ/เดือนละ/วันละ/ผลัดละ/ชั่วโมงละบาท รวมเป็นเงิน จำนวน บาท

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนตามระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และอัตราที่กำหนดไว้ทุกประการ แต่หากข้าพเจ้าแสดงข้อมูลอันเป็นเท็จหรือได้รับเงินค่าตอบแทน ดังกล่าวไม่ชอบด้วยกฎหมาย ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายคืนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จ่ายเงิน ตามจำนวนเงินที่ได้รับพร้อมดอกเบี้ยที่กฎหมายกำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อผู้ยื่นขอรับเงิน
(.....)

ผลการพิจารณาของผู้บังคับบัญชาและคณะกรรมการฯ	
<p>๑. ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น ได้ตรวจสอบหลักเกณฑ์ คุณสมบัติ และการ ปฏิบัติงานของผู้ยื่นแล้วมีความเห็นว่า</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง</p>	<p>๒. ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นชอบ ตามข้อ ๑</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ ตามข้อ ๑ เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>(.....)</p> <p>หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข</p>
<p>๓. ความเห็นคณะกรรมการพิจารณาตรวจคำขอฯ ในการประชุมครั้งที่ ../.....เมื่อวันที่.....</p> <p>ได้ตรวจสอบคำขอ คุณสมบัติ และประเมิน ความเหมาะสมแล้วเห็นว่า</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>(.....)</p> <p>ประธานกรรมการพิจารณาตรวจคำขอรับเงิน ฯ</p>	<p>๔. ความเห็นคณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินฯ ในการประชุมครั้งที่ ../..... เมื่อวันที่.....</p> <p>ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นชอบให้มีสิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบมีสิทธิ</p> <p>เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>(.....)</p> <p>ประธานกรรมการพิจารณาจ่ายเงิน ฯ</p>
<p>๕. ผู้อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติให้ได้รับเงินค่าตอบแทน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติให้ได้รับเงินค่าตอบแทน เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อผู้บริหารท้องถิ่น</p> <p>(.....)</p>	

หมายเหตุ ๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถเรียกหลักฐานอื่น ๆ ที่จำเป็นเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาอนุมัติได้
๒. ให้ใช้แบบคำขอ ๑ รายการ/ชุด