

เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

กรณี อปท.จัดส่งกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมบำบัดกับ ศพส.อ. , ศพส.จ. หรือสถานบำบัดของทางราชการในพื้นที่

๑. สำเนาโครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของหน่วยผู้จัด จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาโครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของ อปท. จำนวน ๑ ชุด
๓. กำหนดการจริงในการจัดบำบัดฟื้นฟู จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบแจ้งค่าใช้จ่าย จำนวน ๑ ชุด
๕. แผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ จำนวน ๑ ชุด

กรณี อปท.จัดค่ายบำบัดฟื้นฟูเอง หรืออาจจะร่วมกันระหว่าง อปท.อื่นๆ

๑. สำเนาโครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของ อปท. จำนวน ๑ ชุด
๒. กำหนดการจริงในการจัดบำบัดฟื้นฟู จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบแจ้งค่าใช้จ่าย จำนวน ๑ ชุด
๔. แผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ จำนวน ๑ ชุด
๕. รายการค่าใช้จ่ายที่ต้องดำเนินการตามระเบียบพัสดุฯ ให้ส่งสำเนาบันทึกตกลงซื้อ/จ้าง
สำเนาหลักฐานการส่งมอบ สำเนาหลักฐานการตรวจรับ จำนวน ๑ ชุด
๖. รายการที่ไม่ต้องดำเนินการตามระเบียบพัสดุฯ เช่น ค่าอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่ม
ค่าสมนาคุณวิทยากร เป็นต้น จำนวน ๑ ชุด

แบบแจ้งค่าใช้จ่าย

กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟู (ไม่เกิน บาท ต่อ ๑ ศูนย์บำบัด)

อปท.....อำเภอ.....

ฝึกอบรมระหว่างวันที่.....สถานที่.....

๑. การฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ผู้เข้ารับการบำบัด/ฟื้นฟู

จำนวน.....คน

บุคคลอื่นๆ ที่มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายตามระเบียบฯ ข้อ ๑๑

จำนวน.....คน

๒. ค่าอาหาร (สถานที่ราชการ ครอบคลุมไม่เกิน ๑๕๐ บาท/คน/วัน)

() เช้า จำนวน.....มื้อ อัตรามื้อละ.....บาท

เป็นเงิน.....บาท

() เที่ยง จำนวน.....มื้อ อัตรามื้อละ.....บาท

เป็นเงิน.....บาท

() เย็น จำนวน.....มื้อ อัตรามื้อละ.....บาท

เป็นเงิน.....บาท

๓. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (สถานที่ราชการ ไม่เกิน ๒๕ บาท/ครั้งวัน/คน)

จำนวน.....มื้อ อัตรามื้อละ.....บาท

เป็นเงิน.....บาท

๔. ค่าพาหนะ

() ค่าพาหนะผู้เข้ารับการบำบัด/ฟื้นฟู จำนวน.....คน ๆ ละ.....บาท

เป็นเงิน.....บาท

() ค่าพาหนะบุคคลอื่น ๆ ที่มีสิทธิเบิกตามระเบียบฯ (ระบุรายละเอียด)

..... เป็นเงิน.....บาท

๕. ค่าสมนาคุณวิทยากร

จำนวน.....วัน ๆ ละชม. ๆ ละ.....บาท

เป็นเงิน.....บาท

๖. ค่าเช่าอื่น ๆ (ระบุรายละเอียด)

() ค่าเช่า.....

เป็นเงิน.....บาท

() ค่าเช่า.....

เป็นเงิน.....บาท

๗. ค่าจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการฝึกอบรม (ระบุรายละเอียด)

() ค่า.....

เป็นเงิน.....บาท

() ค่า.....

เป็นเงิน.....บาท

๘. ค่าเอกสาร (ระบุรายละเอียด)

() ค่า.....

เป็นเงิน.....บาท

() ค่า.....

เป็นเงิน.....บาท

๙. ค่าลงทะเบียน(กรณีส่งเข้ารับการบำบัดกับ.....)

จำนวน.....คน ๆ ละ.....บาท

เป็นเงิน.....บาท

๑๐. รวมค่าใช้จ่ายที่ขอเบิก (รายการ ๑ - ๙)

เป็นเงิน.....บาท

(ลงชื่อ)

ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง นายก.....

วันที่.....

หมายเหตุ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบพร้อมเบอร์โทรศัพท์.....