**แบบคำขอรับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุข**

**ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอรับเงินค่าตอบแทน

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ระดับ อายุราชการ ปี สังกัด สำนัก/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 [ ]  ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

[ ]  ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด

[ ]  ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพอื่น ๆ ระบุ

[ ]  ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

ถ้ามีใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

เอกสารหลักฐานอื่น ๆ

[ ]  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์ขอรับเงินค่าตอบแทน ตามข้อ 4 ของระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2562 ดังนี้

[ ]  ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

[ ]  ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

[ ]  ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานเวรหรือผลัดบ่ายหรือผลัดดึกของพยาบาล

[ ]  ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานชันสูตรพลิกศพ

[ ]  ค่าตอบแทนพิเศษสำหรับแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ

[ ]  ค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

[ ]  ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว

[ ]  ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข

[ ]  ค่าตอบแทนอื่น ๆ ระบุ

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา ปี เดือน ชั่วโมง

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

( )

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนตามระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ เงื่อนไขวิธีการ และอัตราที่กำหนดไว้ทุกประการ แต่หากข้าพเจ้าแสดงข้อมูลอันเป็นเท็จหรือได้รับเงินค่าตอบแทนดังกล่าวไม่ชอบด้วยกฎหมาย ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบชดใช้เงินคืนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จ่ายเงินตามจำนวนเงินที่ได้รับพร้อมดอกเบี้ยที่กฎหมายกำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

 ลงชื่อ ผู้ยื่นขอรับเงิน

 ( )

 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

|  |
| --- |
| **ผลการพิจารณาของผู้บังคับบัญชา และคณะกรรมการฯ** |
| **1. ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น**ได้ตรวจสอบหลักเกณฑ์ คุณสมบัติ และการปฏิบัติงานของผู้ยื่นแล้วมีความเห็นว่า[ ]  มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน[ ]  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน เนื่องจาก  ลงชื่อ  ( )ตำแหน่ง  | **2. ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข**[ ]  เห็นชอบตามข้อ 1[ ]  ไม่เห็นชอบตามข้อ 1 เนื่องจาก  ลงชื่อ  ( )ตำแหน่ง  |
| **3. ความเห็นคณะกรรมการพิจารณาตรวจคำขอฯ**ในการประชุมครั้งที่....../...........เมื่อวันที่.............................ได้ตรวจสอบคำขอ คุณสมบัติ และประเมินความเหมาะสมแล้ว เห็นว่า [ ]  มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน[ ]  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน เนื่องจาก  ลงชื่อ  ( ) ประธานกรรมการพิจารณาตรวจคำขอรับเงินฯ | **4. ความเห็นคณะกรรมการพิจารณาจ่ายเงินฯ**ในการประชุมครั้งที่....../.............เมื่อวันที่.........................ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า [ ]  เห็นชอบให้มีสิทธิ[ ]  ไม่เห็นชอบมีสิทธิ เนื่องจาก   ลงชื่อ  ( ) ประธานกรรมการพิจารณาจ่ายเงินฯ |
| **5. ผู้อนุมัติ**[ ]  อนุมัติให้ได้รับเงินค่าตอบแทน[ ]  ไม่อนุมัติให้ได้รับเงินค่าตอบแทน เนื่องจาก  ลงชื่อ  ( ) |