

กำหนดส่งเอกสารเบิกเงิน พ.ต.ส. ภายใน วันที่ 5 ของเดือนถัดไป

แนวทางการตรวจสอบเอกสาร และแนบเอกสารประกอบการเบิกเงิน

รายการที่ต้องตรวจสอบ	รายละเอียดในการตรวจสอบ
1. ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสรุปการขอรับเงินเพิ่มฯ ดังนี้	<p>1.1 ช่อง ชื่อ - นามสกุล ตรวจสอบความถูกต้องของ คำนำหน้า นาย นาง นางสาว , ชื่อ - นามสกุล ว่ามีการพิมพ์ผิดหรือไม่ ***ในกรณีที่มีการเปลี่ยน คำนำหน้า , ชื่อ - นามสกุล ให้แนบหลักฐานการเปลี่ยนคำนำหน้า , ชื่อ - นามสกุล และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ***</p> <p>1.2 ช่อง เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ และ วันหมดอายุ (ห้ามใช้ใบประกอบวิชาชีพที่หมดอายุแนบเอกสารเบิกเงิน) *** หากอยู่ในระหว่างการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ ให้แนบบใบรับรองการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง ***</p> <p>1.3 ช่อง จำนวนเดือน / วัน และ จำนวนขอเบิกเงิน ***กรณี ข้าราชการ บรรจุใหม่ระหว่างเดือน หรือ ลาออกระหว่างเดือน (ทำงานไม่เต็มเดือน)*** **ให้คำนวณอัตราตามที่ควรได้รับตามจริง** ตัวอย่าง เช่น ค่าส่งบรรจุ วันที่ 15 ตุลาคม 2566 วิธีคำนวณอัตราเบิก ในเดือน ตุลาคม 2566 คือ $\frac{3,000 \text{ (อัตราเบิก)} \times 17 \text{ (จำนวนวันที่ทำงานจริง)}}{31 \text{ (เดือน ต.ค. มี 31 วัน)}} = 1,645.1613 = 1,645.16 \text{ บาท (ใช้ศนิยม 2 ตำแหน่ง)}$ **วิธีการคำนวณ จำนวนวันที่ทำงานจริง 31-14 = 17 วัน** **จำนวนวันที่นำมาหาร ให้ใช้จำนวนวันจริงในเดือนนั้นๆ **</p>
2. ข้าราชการบรรจุใหม่ และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ	<p>2.1 ให้แนบเอกสารประกอบดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำเนาคำสั่งบรรจุ/ปฏิบัติงาน - แบบตรวจสอบสิทธิ - KTB Corporate Online - หน้า Book Bank
3. กรณีลาไปศึกษา ฝึกอบรม , ลาดลอดบุตร	<p>3.1 ทำเรื่องแจ้งกลุ่มงานทรัพย์</p> <p>3.2 แนบสำเนาเอกสาร (ที่เกี่ยวข้อง) ในฎีกาเบิกเงิน พ.ต.ส.</p> <ul style="list-style-type: none"> - หนังสือขออนุมัติเข้ารับการฝึกอบรม - ใบลา (กรณีลาคลอดบุตร)

***** สำเนาเอกสารที่ใช้ในการแนบเบิกเงิน พ.ต.ส. ต้องเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ*****

แบบสรุปรายการขอรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข(พ.ต.ส.)ประจำปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

หน่วยงาน

ประจำเดือน.....2566 ปีงบประมาณ 2566

ลำดับ ที่	เลขประจำตัว ประชาชน	ชื่อ นามสกุล	ตำแหน่ง	ประเภท ระดับ	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ		กลุ่มที่	รหัสกลุ่ม	อัตรา/ เดือน	จำนวน เดือน/วัน	จำนวนขอเบิก	หมายเหตุ		
					เลขที่	วันหมดอายุ								
รวมเป็นเงิน											(ศูนย์บาทถ้วน)		-	

หมายเหตุ :-

งานทรัพยากรบุคคล

งานการเงิน

หัวหน้าหน่วยงานผู้รับรองความถูกต้อง

(/) อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ผู้จัดทำข้อมูล

ผู้ตรวจสอบข้อมูล

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว