แบบฟอร์มรายการแผนงบค่าเสื่อม สังกัด สปสธ. (ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน)

ปีงบประมาณ 2566 ของเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลเบญจลักษ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาจังหวัดศรีสะเกษ

แหล่งงบที่จัดสรร ระดับหน่วยบริการ 70%

ลำดับ	รหัสหน่วยบริหาร (แม่ข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (แม่ลูกข่าย)	รหัสหน่วยบริหาร (ลูกข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (ลูกข่าย)	รายการ	เลขครุภัณฑ์ทดแทน หรือ เลขรหัสอาคารเดิม	จำนวน (หน่วย)	ราคาต่อหน่วย	แหล่งงบประมาณ		รวมจำนวนเงิน
									เงินจัดสรรUC (บาท)	เงินสมทบ (บาท)	
1	23125	รพ.เบญจลักษ์ฯ	23125	รพ.เบญจลักษ์ฯ	จ้างเหมาปรับปรุงทางเชื่อมอาคาร (cover way) ระหว่างอาคารโรงครัว ชักฟอก จ่ายกลางและ ตึกพิเศษ ขนาด 152 ตรม.	9999-001-001	1	1,500,000.00	1,005,904.19	494,095.81	1,500,000.00
											-
รวมทั้งสิ้น									1,005,904.19	494,095.81	1,500,000.00

ขอรับรองว่า ได้ดำเนินการจัดทำรายการแผนตามหลักเกณฑ์ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น

ผู้รับผิดชอบ
(นางสาวปนัดดา ยอดเอื้อ)
นักจัดการงานทั่วไป

ผู้ขออนุมัติ
(นายพัฒนศักดิ์ ทั่งนาค)
นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเบญจลักษ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ผู้อนุมัติ

แบบฟอร์มรายการแผนงบค่าเสื่อม สังกัด สปสธ. (ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน) 20%

ปีงบประมาณ 2566 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

แหล่งงบที่จัดสรร 20% บริหารจัดการระดับจังหวัด

ลำดับ	รหัสหน่วยบริหาร (แม่ข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (แม่ลูกข่าย)	รหัสหน่วยบริหาร (ลูกข่าย)	ชื่อหน่วยบริการ (ลูกข่าย)	รายการ	เลขครุภัณฑ์ทดแทน หรือ เลขรหัสอาคารเดิม	จำนวน (หน่วย)	ราคาต่อหน่วย	แหล่งงบประมาณ		
									เงินจัดสรรUC (บาท)	เงินสมทบ (บาท)	รวมจำนวนเงิน
1	23125	รพ.เบญจลักษ์ฯ	23125	รพ.เบญจลักษ์ฯ	รถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน	รพ.บล.2310-001-0005/1	1	2,500,000.00	2,500,000.00	-	2,500,000.00
รวมทั้งสิ้น									2,500,000.00	-	2,500,000.00

ขอรับรองว่า ได้ดำเนินการจัดทำรายการแผนตามหลักเกณฑ์ค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ.2559 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....นายแพทย์ สสจ.

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....