

เขียนที่ .....

หมู่ที่..... ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย

จังหวัดเชียงราย ๕๗๑๓๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับเงินอุดหนุนโครงการ.....  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ชกส. (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. สำเนาบัตรประชาชนสมาชิกกลุ่ม (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) จำนวน.....ชุด  
๓. สำเนาทะเบียนบ้านสมาชิกกลุ่ม (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) จำนวน.....ชุด  
๔. อื่นๆ (ถ้ามี)..... จำนวน.....ชุด  
ตามที่กลุ่ม/องค์กร/หน่วยงาน.....

ได้ส่งโครงการ.....

เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา นั้น

ในการนี้ กลุ่ม/องค์กร/หน่วยงาน.....

ขอทราบงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา ว่ามีเพียงพอหรือไม่  
สำหรับสนับสนุนงบประมาณโครงการดังกล่าวฯ หากมีงบประมาณเพียงพอแล้ว จึงขอส่งรายชื่อคณะกรรมการ  
ผู้มีสิทธิเบิกเข้ารับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา เพื่อดำเนินงาน  
ตามโครงการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ต่อไป

๑. ....

๒. ....

๓. ....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทร. ....