

**ด่วนที่สุด**

ที่ พร ๐๐๒๓.๖/ว ๑๖



สำนักงานส่งเสริมการปกครอง  
ท้องถิ่นจังหวัดแพร่  
ถนนราษฎร์อุทิศ พร ๕๔๐๐๐

๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมพัฒนากลไกการกำกับติดตามและหนุนเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ  
การบริหารจัดการงาน กปท. LTC ผ่านทีมพี่เลี้ยงในพื้นที่

เรียน ท้องถิ่นอำเภอเมืองแพร่ สูงเม่น ลอง และเด่นชัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตที่ ๑ เชียงใหม่

ที่ สปสช. ๙.๓๑/ว ๖๙๔ ลงวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่ ได้รับแจ้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่ว่า ได้จัดประชุมพัฒนากลไกการกำกับติดตามและหนุนเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ  
การบริหารจัดการงาน กปท. LTC ผ่านทีมพี่เลี้ยงในพื้นที่ จึงขอเชิญผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่หรือผู้รับผิดชอบงานกองทุนดูแลระยะยาวบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) จำนวน ๑ ท่าน  
และตัวแทนท้องถิ่นอำเภอ จังหวัดละไม่เกิน ๔ ท่าน เข้าร่วมประชุมพัฒนากลไกการกำกับติดตามและหนุนเสริม  
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงาน กปท. LTC ผ่านทีมพี่เลี้ยงในพื้นที่ ในวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗  
เวลา ๑๐.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น. ณ โรงแรมภูมิไทย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่

เพื่อให้การประชุมดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอแจ้งท้องถิ่นอำเภอเมืองแพร่  
สูงเม่น ลอง และ เด่นชัย เข้าร่วมประชุมตามวันเวลาและสถานที่ดังกล่าวต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

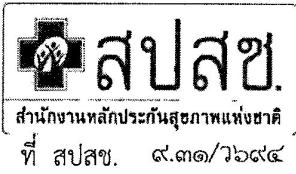
จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายต่อพงษ์ ทับทิมโต)  
ท้องถิ่นจังหวัดแพร่

กลุ่มงานบริการสาธารณะท้องถิ่นฯ

โทรศัพท์/โทรสาร. ๐-๕๔๕๓-๔๑๑๙ ต่อ ๑๐๒



# สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่

เลขที่ ๖ อาคารสำนักงานประชณีย์ เขต ๕ ชั้น ๒ ต.หายยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

โทร ๐ ๕๓๒๘ ๕๓๕๕ โทรสาร ๐ ๕๓๒๘ ๕๓๖๔ <http://chiangmai.nhso.go.th>

๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่  
 เลขที่..... ๑๕๖  
 วันที่..... ๐๕ ก.พ. ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมพัฒนากลไกการกำกับติดตามและหนุนเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงาน กปท. LTC ผ่านทีมพี่เลี้ยงในพื้นที่

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแพร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย	กำหนดการ	จำนวน	๑	ฉบับ
------------------	----------	-------	---	------

ด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่ จะจัดประชุมพัฒนากลไกการกำกับติดตามและหนุนเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงาน กปท. LTC ผ่านทีมพี่เลี้ยงในพื้นที่ เพื่อขยายบทบาทท้องถิ่นเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่บุคลากรจากท้องถิ่นจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่ จึงขอเรียนเชิญผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่หรือผู้รับผิดชอบงานกองทุนดูแลระยะยาวบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง(LTC) จำนวน ๑ ท่าน และตัวแทนท้องถิ่นอำเภอ จังหวัดละไม่เกิน ๔ ท่าน เข้าร่วมประชุมพัฒนากลไกการกำกับติดตามและหนุนเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงาน กปท. LTC ผ่านทีมพี่เลี้ยงในพื้นที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ โรงแรมภูมิไทย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้เบิกค่าใช้จ่าย จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่

เรียน นายสุภกิจ น. นพ.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาบุคลากรเข้าร่วมประชุม

- เห็นชอบ ๑๑/๑๑/๒๕๖๗, นอ. ๑๕๖
- นอ. ๑๕๖, นอ. ๑๕๖, นอ. ๑๕๖
- ๑๑/๑๑/๒๕๖๗

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวลัยรัตน์ ไชยฟู)  
ผู้อำนวยการเขต

(นายสุภกิจ น. นพ.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่  
ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นักส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นปฏิบัติการ

หมายเหตุ : กรณีสังกัดหน่วยงานราชการ ขอความร่วมมือนำไปอนุมัติเดินทางโดยระเบียบการเดินทางรวมถึงระบุทะเบียนรถเพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย



QR CODE สำหรับลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม

โทรศัพท์ ๐ ๕๓๒๘ ๕๓๕๕

โทรสาร ๐ ๕๓๒๘ ๕๓๖๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ manatchanok.n@nhso.go.th

ผู้รับผิดชอบ : นางสาวนัสชนก ณ มงคล มือถือ ๐๘ ๕๐๔๑ ๔๘๔๗

- ๑๑/๑๑/๒๕๖๗  
 - ๑๑/๑๑/๒๕๖๗  
 (Handwritten signatures)

(นายต่อพงษ์ ทับทิมโต)  
ท้องถิ่นจังหวัดแพร่



กำหนดการประชุม

พัฒนากลไกการกำกับติดตามและหนุนเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานกปท. LTC ผ่านทีมพี่เลี้ยงในพื้นที่ ล้านนา ๒ วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ณ โรงแรมภูมิไทย อ.เมือง จ.แพร่

๐๙.๓๐ น.- ๑๐.๐๐ น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม
๑๐.๐๐ น.- ๑๐.๓๐ น.	เปิดการประชุม และแจ้งวัตถุประสงค์ โดย นายชนะ แพ่งพิบูลย์ ประธานคณะทำงานสนับสนุน ติดตามการดำเนินงาน และการ เข้าถึงบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขต ๑ เชียงใหม่
๑๐.๓๐ น.- ๑๑.๐๐ น.	ให้มุมมองบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกปท.และ LTC โดย นพ.บุญเติม ตันสุรัตน์ รองประธานคณะทำงานสนับสนุน ติดตามการดำเนินงานและการ เข้าถึงบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขต ๑ เชียงใหม่
๑๑.๐๐ น.- ๑๒.๐๐ น.	ชี้แจงแนวทางการสนับสนุน และกลไกการขับเคลื่อนงานกปท.และ LTC ในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานในพื้นที่ โดย แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู ผู้อำนวยการเขต สปสช.เขต ๑ เชียงใหม่
๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ น.- ๑๔.๐๐ น.	แลกเปลี่ยนประเด็น บทบาทหน้าที่ การสร้างกลไกการขับเคลื่อน การเป็นพี่เลี้ยง และการกำกับติดตาม รวมทั้งความคาดหวัง/ภาพอนาคตของงานกองทุนฯ
๑๔.๐๐ น.- ๑๕.๐๐ น.	แบ่งกลุ่มตามจังหวัดเพื่อวางแผนการเป็นพี่เลี้ยง /ติดตามงานในพื้นที่ตามรูปแบบหรือแนวทางของแต่ละจังหวัด
๑๕.๐๐ น.- ๑๖.๐๐ น.	นำเสนอแผนการขับเคลื่อนรายจังหวัด
๑๖.๐๐ น.- ๑๖.๓๐ น.	สรุปและปิดการประชุม

- หมายเหตุ :
1. กำหนดการอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม
  2. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลา 10.00 น. และ 14.00 น.

1. กรณีผู้เข้าร่วมประชุมยังไม่เคยมี แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร รบกวนกรอกรายละเอียดพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรข้าราชการ+สำเนาน้ำบัญชีธนาคาร (ที่จะให้ สปสช.โอนเงินค่าใช้จ่าย) โดยประสานส่งเอกสารที่น้องออมปอม โทร 0947211423
2. ผู้ขอรับจะต้องระบุอีเมลล์และเบอร์โทรศัพท์ให้ชัดเจน
3. กรณีต้องการสอบถามเพิ่มเติม โทร 0947211423 น้องออมปอม
4. กรณีระยะทางเดินทางเข้าร่วมประชุมไป-กลับ เกิน 300 กม. ประสงค์จะเข้าพัก โทรแจ้ง 0812878306 นก



## แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล/ชื่อนิติบุคคลภาษาไทย).....  
 โดย นาย/นาง/นางสาว.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันตามหนังสือรับรองนิติบุคคล /  
 ผู้มีอำนาจ กระทำการแทน มีความประสงค์

 ขอใช้บริการการโอนเงินผ่านธนาคาร

 ขอเปลี่ยนแปลงข้อมูลการใช้บริการ  
 ( กรอกข้อมูลเฉพาะรายการที่ขอเปลี่ยนแปลง )

<p><b>ส่วนที่ 1 : ข้อมูลผู้ใช้บริการ</b></p> <p>ชื่อหน่วยงาน/นิติบุคคล/บุคคลธรรมดา ภาษาไทย (TH) .....</p> <p>ภาษาอังกฤษ (EN) .....</p> <p>เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....</p> <p>ที่อยู่ภาษาไทย .....</p> <p>ที่อยู่ภาษาอังกฤษ .....</p> <p>รหัสไปรษณีย์..... E-mail.....</p> <p>โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....</p> <p>ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....</p>
<p><b>ส่วนที่ 2 : ข้อมูลธนาคารเพื่อขอรับเงินผ่านธนาคาร</b></p> <p>ชื่อธนาคาร .....สาขา.....รหัสสาขา.....</p> <p>ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....</p> <p>พร้อมแนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้รับโอนเงิน</p>
<p><b>ส่วนที่ 3 : การขอใช้บริการ</b></p> <p>ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะรับเงินทุกประเภท จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารตามทีระบุไว้ข้างต้น ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ธนาคารเรียกเก็บ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวจากเงินที่จะได้รับจากทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติวันแต่จะมีข้อยกเว้นเป็นอย่างอื่น</p> <p style="text-align: right;">ประทับตรา (ถ้ามี) ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ (.....)</p>

หมายเหตุ :

- กรณีบุคคลธรรมดา ให้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร /กรณีเปลี่ยนชื่อสกุล แนบหลักฐานการเปลี่ยน
- กรณีนิติบุคคล
  - ผู้ยื่นคำขอต้องเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทได้ โดยแนบเอกสาร ดังนี้
    - สำเนาทันหนังสือรับรองการจดทะเบียน /กรณีเปลี่ยนให้แนบหลักฐานการเปลี่ยน
    - สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (หน้าที่มีชื่อผู้ฝากและเลขที่บัญชีธนาคาร)
    - หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)
  - จัดส่งใบเสร็จรับเงินมาที่สปลช.ภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร