



ประกาศเทศบาลตำบลัญบุรี

เรื่อง การโอนเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ครั้งที่ ๓๓/๒๕๖๔)

ด้วยเทศบาลตำบลัญบุรี ได้โอนเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ดังนี้

๑. โอนลด จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ดังนี้

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขอโอนลด จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

แผนงานสาธารณสุข

งานโรงพยาบาล งบดำเนินงาน ขอโอนลด จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

- ประเภทรายจ่ายเกี่ยวเนื่องกับการปฏิบัติราชการที่ไม่เข้าลักษณะรายจ่ายหมวดอื่น ๆ โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในเขตเทศบาลตำบลัญบุรี ตามเทศบัญญัติ เรื่อง งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ หน้าที่ ๒๒๕ ตั้งไว้ ๖๐๐,๐๐๐ บาท คงเหลือ ๒๑๘,๑๕๐ บาท ขอโอนลด ๑๐๐,๐๐๐ บาท

๒. โอนเพิ่ม จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ดังนี้

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขอโอนเพิ่ม จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

แผนงานสาธารณสุข

งานบริหารทั่วไปเกี่ยวกับสาธารณสุข งบดำเนินงาน ขอโอนเพิ่ม จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

- ประเภทวัสดุคอมพิวเตอร์ ตามเทศบัญญัติ เรื่อง งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ หน้าที่ ๒๑๕ ตั้งไว้ ๒๐๐,๐๐๐ บาท คงเหลือ ๘๕๐ บาท ขอโอนเพิ่ม ๑๐๐,๐๐๐ บาท

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยวิธีการงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๓ ข้อ ๓๒ จึงประกาศการโอนเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้ประชาชนได้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๔


(นายกฤษฎา หลินวรัตน์)
นายกเทศมนตรีตำบลัญบุรี

บัญชีโอนเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

อนุมัติเมื่อวันที่.....เดือน.....ปี.....
 ๓ ๗ ๕๖๔
 เทศบาลตำบลชัยบุรี อำเภอชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี
 โอนครั้งที่ 33

แผนงาน	งาน	งบ	ประเภทรายจ่าย	โครงการ/ รายการ	งบประมาณ ที่อนุมัติตาม เทศบัญญัติ	งบประมาณ(คง เหลือ)ก่อนโอน	(+/-) จำนวน เงินที่โอน	งบประมาณ หลังโอน	คำชี้แจงการโอน เงินงบประมาณรายจ่าย
แผนงานสาธารณสุข	งานโรงพยาบาล	งบดำเนินงาน	รายจ่ายเกี่ยวเนื่องกับ การปฏิบัติงานราชการที่ ไม่เข้าลักษณะรายจ่าย หมวดอื่นๆ	โครงการรณรงค์ ป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัข บ้าในเขต เทศบาลตำบลชัย บุรี	600,000.00	218,150.00	100,000.00 (-)	118,150.00	เพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายใน การดำเนินโครงการ รณรงค์ป้องกันและควบคุม โรคพิษสุนัขบ้าในเขต เทศบาลตำบลชัยบุรี เช่น จัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ วัคซีนป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้า วัสดุอุปกรณ์แพทย์ ค่าใบรับรองการฉีด วัคซีน เครื่องหมายประจำ ตัวสัตว์ หอรัโมเดล กำเนิด เข็ม กระบอกฉีด ยา ฉัดตอบแทนเจ้าหน้าที่ ป่ายไวนิล ประชาสัมพันธ์ แผ่นพับประชาสัมพันธ์ และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็น ตามรายละเอียดโครงการ ของกองสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม เป็นไปตาม แผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. 2561 - 2565) เทศบาล ตำบลชัยบุรี หน้า 77 ลำดับที่ 2

บัญชีโอนเงินแบบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

อนุมัติเมื่อวันที่ 3 เดือน..... พ.ศ. 2564

เทศบาลตำบลชัยบุรี อำเภอชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี

โอนครั้งที่ 33

แผนงาน	งาน	งบ	ประเภทรายจ่าย	โครงการ/ รายการ	งบประมาณ ที่อนุมัติตาม เทศบัญญัติ	งบประมาณ(คง เหลือ)ก่อนโอน	(+/-) จำนวน เงินที่โอน	งบประมาณ หลังโอน	คำชี้แจงการโอน เงินงบประมาณรายจ่าย
แผนงานสาธารณสุข	งานบริหารทั่วไป เกี่ยวกับสาธารณสุข	งบดำเนินงาน	วัสดุคงเหลือพาเตอร์		200,000.00	850.00	100,000.00 (+)	100,850.00	- งบประมาณที่ตั้งไว้ไม่ เพียงพอต่อการเบิกจ่าย / เพื่อจ่ายเป็นค่าวัสดุ คอมพิวเตอร์ต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์บันทึกข้อมูล เทป บันทึกข้อมูล หัวพิมพ์หรือ แถบพิมพ์สำหรับเครื่อง พิมพ์คอมพิวเตอร์ ตลับ หมึก แผ่นกรองแสง แป้นพิมพ์ เมมโมรี่ โมดูล แผนวงจร อิเล็กทรอนิกส์ เครื่อง กระจายสัญญาณ เครื่อง อ่านและบันทึกข้อมูลแบบ ต่าง ๆ เป็นต้น

1.หัวหน้าหน่วยงาน..... วศ. พ.ศ. 2564 (สง. 2564/1000)..... เจ้าของงบประมาณที่ขอโอนเพิ่ม/โอนลด

(ใส่เหตุผลผลความจำเป็นที่ขอโอนเพิ่ม/โอนลด)

การโอนครั้งนี้มีอำนาจของ.....

ตามระเบียบ..... ข้อ.....

(ลงชื่อ)

..... (ลงชื่อ)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

2. หัวหน้าหน่วยงานคลัง

ความเห็น *ไม่เหมาะสม*

.....

.....

3. เจ้าหน้าที่งบประมาณ

ความเห็น *ไม่เหมาะสม*

.....

.....

4. การอนุมัติ

4.1 ผู้บริหารท้องถิ่น

ความเห็น *อนุมัติ*

.....

.....

(ลงชื่อ) *[Signature]*

(.....) *(นายอรรถพร อรรถ)*

ตำแหน่ง *ผู้อำนวยการสำนักงานคลัง*

วันที่ *เรียน*

(ลงชื่อ) *[Signature]*

(.....) *(นายอรรถพร อรรถ)*

ตำแหน่ง *ปลัดเทศบาลตำบลบุรี*

วันที่ *เรียน* พ.ศ.

(ลงชื่อ) *[Signature]*

(.....) *(นายกเทศมนตรีตำบลบุรี)*

ตำแหน่ง *นายกเทศมนตรีตำบลบุรี*

วันที่ *3* เดือน *พ.ย.* พ.ศ. *2564*

4.2 สภาพท้องถิ่น มีมติเห็นชอบในการประชุม สมัย ครั้งที่ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

หรือผู้มีอำนาจ ได้อนุมัติแล้ววันที่ เดือน พ.ศ.

ตามหนังสือ (ถ้ามี)

5. สำหรับกรณีที่โอนงบประมาณต่างหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงาน.....เจ้าของงบประมาณที่โอนลด

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

