

บัญชีแก้ไขเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

อนุมัติเมื่อวันที่ 19 เดือน ส.ค. พ.ศ. 2566

องค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะลิ อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล

แก้ไขเปลี่ยนแปลงครั้งที่ 2

แผนงาน	งาน	งบ	เงินเดือน/ ค่า.../ รายจ่ายอื่น	ประเภทรายจ่าย	โครงการ/ รายการ	ฉบับที่	งบประมาณ อนุมัติ	ค่าใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายที่ขอเปลี่ยนแปลง	
								ข้อความเดิม	ข้อความใหม่
แผนงานสาธารณสุข	งานบริหารทั่วไป เกี่ยวกับสาธารณสุข	งบดำเนินงาน	ค่าวัสดุ	วัสดุวิทยาศาสตร์ หรือการแพทย์		ฉบับแรก	30,000.00	เพื่อจ่ายเป็นค่าสารเคมีในการ กำจัดโรค แมลง ค่าทรายกำจัด ลูกน้ำยุงลาย ค่าน้ำยาเคมีตรวจ สารปนเปื้อนในอาหาร เวชภัณฑ์ ยาในการป้องกันโรคและควบคุม โรคติดต่อต่าง ๆ อุปกรณ์วัด ความดันโลหิต ฯลฯ	เพื่อจ่ายเป็นค่าสารเคมีในการ กำจัดโรค แมลง ค่าทรายกำจัด ลูกน้ำยุงลาย ค่าน้ำยาเคมีตรวจ สารปนเปื้อนในอาหาร เวชภัณฑ์ ยาในการป้องกันโรคและควบคุม โรคติดต่อต่าง ๆ อุปกรณ์วัด ความดันโลหิต ฯลฯ

1. หัวหน้าหน่วยงาน กองสาธารณสุขฯ ..... เจ้าของงบประมาณที่ขอเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่าย  
 (ใส่เหตุผลความจำเป็นที่ขอเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่าย) เพื่อทำการปรับโครงสร้างและลดบุคลากร  
 การเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายครั้งนี้เป็นอำนาจของ ผู้บริหารท้องถิ่น  
 ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทย/ข้อบัญญัติงบประมาณ 28

(ลงชื่อ) .....  
 (.....(นางสุจิตต์ เต็มศิริ...สิงเมือง).....)  
 ผู้อำนวยการกองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม  
 ตำแหน่ง .....

วันที่ 19 เดือน ธ.ค พ.ศ. 2566  
 (ลงชื่อ) .....


2. หัวหน้าหน่วยงานคลัง  
 ความเห็น -120205000-  
 .....  
 (.....(นางสุริยา...ตุ้งรัมย์).....)  
 ผู้อำนวยการกองคลัง  
 ตำแหน่ง .....

วันที่ 19 เดือน ธ.ค พ.ศ. 2566

3.เจ้าหน้าที่งบประมาณ

ความเห็น .....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....



(.....(นาย.....ศิริ.....สองเมือง)

ผู้อำนวยการกองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม

ตำแหน่ง .....

วันที่ 19 เดือน ม.ค. พ.ศ. 2566

4.การอนุมัติ

4.1 ผู้บริหารท้องถิ่น

ความเห็น .....  
.....

(ลงชื่อ) .....



(.....(นาย.....หม่อม.....หลวง.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตามะลิ้ง

ตำแหน่ง .....

วันที่ 19 เดือน ม.ค. พ.ศ. 2566

4.2 สมาชิกสภาท้องถิ่น มีมติอนุมัติในการประชุม .....

ครั้งที่ ..... เมื่อวันที่ ..... พ.ศ. ....

หรือผู้มีอำนาจได้อนุมัติแล้ววันที่ ..... เดือน .....

ตามหนังสือ ..... (ถ้ามี)

บัญชีแก้ไขเปลี่ยนแปลงคำชี้แจงงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

อนุมัติเมื่อวันที่ ๒๐ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

องค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะลิ อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล

แก้ไขเปลี่ยนแปลงครั้งที่ ๑

แผนงาน	งาน	งบ	หมวดรายจ่าย	ประเภท รายจ่าย	โครงการ/รายการ	ฉบับที่	งบประมาณ อนุมัติ	คำชี้แจงงบประมาณรายจ่าย ที่ขอเปลี่ยนแปลง	
								ข้อความเดิม	ข้อความใหม่
บริหารงานทั่วไป	บริหารทั่วไป	บุคลากร	เงินเดือน	เงินเดือน ฝ่ายประจำ	ค่าตอบแทน พนักงานจ้าง	๑	๗๗๐,๐๐๐	เพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทน พนักงานจ้างตามภารกิจ และพนักงานจ้างทั่วไป จำนวน ๖ อัตรา ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานธุรการ ผู้ช่วยเจ้าพนักงานประมง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานส่งเสริม การท่องเที่ยว พนักงาน ขับรถยนต์ นักการ พนักงานดับเพลิง	เพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทน พนักงานจ้างตามภารกิจ และพนักงานจ้างทั่วไป จำนวน ๖ อัตรา ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานธุรการ ผู้ช่วยเจ้าพนักงานประมง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานส่งเสริม การท่องเที่ยว พนักงาน ขับรถยนต์ นักการ พนักงานดับเพลิง

๑. หัวหน้าหน่วยงานสำนักปลัด เจ้าของงบประมาณที่ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลง

เหตุผลในการแก้ไข

เพื่อสามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้ตามที่เบิกจ่ายจริง

การโอนครั้งนี้เป็นอำนาจของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะลิ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยวิธีการงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ข้อ ๒๘

(ลงชื่อ) .....

(นางธัญวรัตน์ ชูवल)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ รักษาการการแทน

หัวหน้าสำนักปลัด

วันที่ ๒๐ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๒. หัวหน้าหน่วยงานคลัง  
ความเห็น.....-1๕๐๖๒๖๕๕-  
.....

(ลงชื่อ).....

(นางสุริยา ตุงกัณฑ์)  
ตำแหน่งผู้อำนวยการกองคลัง  
วันที่ ๒๐ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. เจ้าหน้าที่งบประมาณ  
ความเห็น.....  
.....

(ลงชื่อ).....

(นายมงคล ชูรุ่ง)  
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะดง รักษาการแทน  
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะดง  
วันที่ ๒๐ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๔. การอนุมัติ  
๔.๑ ผู้บริหารท้องถิ่น  
ความเห็น.....  
.....

(ลงชื่อ).....

(นายมะหมัด หลงกูนัน)  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะดง  
วันที่ ๒๐ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๔.๒ สถาท้องถิ่น มีมติอนุมัติในการประชุม สมัย.....ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.  
หรือผู้มีอำนาจได้อนุมัติแล้ววันที่.....เดือน.....พ.ศ.  
ตามหนังสือ.....(ถ้ามี)

.....พ.ศ.

๕. สำหรับกรณีเงื่อนไขงบประมาณต่างหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงานที่โอนลด  
(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....