

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชะอวด
 รับเลขที่ ๑๓๓๖
 วันที่ ๓๑ พ.ค. ๒๕๖๔
 เวลา ๑๔.๕๕ น.



ที่ นศ ๐๐๓๒.๓๐๑(๐๗)/ ๗๕๑

โรงพยาบาลชะอวด อำเภอชะอวด
 จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๘๐

พพ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอแจ้งแนวทางการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษสำหรับอสม.และบุคคลในครอบครัว
 เรียน สาธารณสุขอำเภอชะอวด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แนวทางการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษฯ โรงพยาบาลชะอวด ๑ ฉบับ
 ๒. คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือ ๑ ฉบับ
 ๓. แบบหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือ ๑ ฉบับ

ด้วยทางโรงพยาบาลชะอวด ได้จัดทำแนวทางช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษสำหรับ
 อสม.และบุคคลในครอบครัว ได้รับสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการ
 รักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ.๒๕๖๒ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๓ เพื่อให้
 สวัสดิการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกคนมีมาตรฐานเดียวกัน

ในการนี้ โรงพยาบาลชะอวด จึงขอแจ้งแนวทางดังกล่าวมายังหน่วยงานของท่านเพื่อให้การ
 ดำเนินการตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ
 สำหรับอสม.และบุคคลในครอบครัวเป็นไปอย่างถูกต้อง ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

เรียน สาธิต ชะอวด

- พพ. ชะอวด ไร่ ๑๕๐๓๖ ขอแสดงความนับถือ
 ๑๕๐๓๖/๑๕๐๓๖/๑๕๐๓๖
 พพ.

๑๕๐๓๖

- ๑๕๐๓๖/๑๕๐๓๖/๑๕๐๓๖

(นางนฤมล ทองแก้ว)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอวด

๑๕๐๓๖

กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์ฯ
 โทร.๐๗๕-๓๘๑๐๑๑ ต่อ ๑๑๖
 โทร.๐๗๕-๓๘๑๐๑๒

๑๕๐๓๖/๑๕๐๓๖/๑๕๐๓๖
 ๑๕๐๓๖/๑๕๐๓๖/๑๕๐๓๖

(นายนิพนธ์ รัตนคช)
 สาธารณสุขอำเภอชะอวด

๑ ๑๕๐๓๖



ที่

ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ด้วย.....อายุ.....เลขที่ประจำตัวประชาชน.....
.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.) ได้เข้ารับ
การรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการ
ช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. และผู้มี
คุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒
จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

(.....)
.....

ส่วนราชการ
โทร.....
โทรสาร.....