ที่ นพ ๕๓๕๐๑ / ว ๖๖๕

สำนักงานเทศบาลตำบลนาหนาด
อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ๔๘๑๑๐

๙ กรกฎาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์และสำรวจข้อมูลรายชื่อผู้มีความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งระยะเฉียบพลันและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้าน

อ้างถึง สำเนาหนังสือ อบจ.นพ. ที่ นพ ๕๑๐๐๖ / ๑๐๕๓ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจรายการอุปกรณ์ทางการแพทย์ฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบสำรวจความต้องการขอรับอปุกรณ์ทางการแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนม ได้รับการจัดสรรงบประมาณสมทบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้ดำเนินการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามโครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งระยะเฉียบพลัน และผู้ที่ภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ตามบันทึกข้อตกลงระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อตกลงที่ REP ๖๖/๐๓๔๙๒ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๖ นั้น

ในการนี้ เทศบาลตำบลนาหนาด เพื่อให้การดำเนินงานของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดนครพนม เป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามระเบียบทางราชการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดนครพนม จึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์และสำรวจข้อมูลรายชื่อผู้มีความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งระยะเฉียบพลันและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ขอความกรุณาส่งแบบสำรวจกลับมายังงานส่งเสริมสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาลตำบลนาหนาด ภายในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๘ เพื่อรวบรวมข้อมูลส่งให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดนครพนม จะได้จัดสรรอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้แก่ผู้มีความประสงค์ขอรับอุปกรณ์ฯ ต่อไป รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายวีรวัฒน์ ยี่สารพัฒน์)
นายกเทศมนตรีตำบลนาหนาด

สำนักปลัดเทศบาลตำบลนาหนาด
งานส่งเสริมสวัสดิการสังคม
โทร./โทรสาร ๐ ๔๒๐๕ ๘๐๒๘

แบบสำรวจรายการอุปกรณ์ทางการแพทย์ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดนครพนม

ชื่อหน่วยงาน.....อำเภอ.....
ขอแจ้งความประสงค์นำส่งตามรายการดังนี้ ดังนี้

ที่	ประเภท	จำนวน	หมายเหตุ
๑.	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม		
๒.	ไม้เท้า ๓ ขา แบบด้ามจับทรงหัวม้อน		
๓.	ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้		
๔.	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้		
๕.	เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ		
๖.	รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ		
๗.	ที่นอนลมสำหรับผู้ป่วยอัมพาต		
๘.	เตียงผู้ป่วยชนิดสองไกร์ราวสไลด์ พร้อมเบาะและเสาน้ำเกลือ		
๙.	เครื่องผลิตออกซิเจน ๕ ลิตร		
๑๐.	เครื่องดูดเสมหะ		
๑๑.	เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา (Walker)		
๑๒.	ถังออกซิเจนครบชุด ๖ คิว พร้อมหัวเกจ์และรถเข็น		
๑๓.	รถเข็นช่วยหัดเดินสำหรับผู้ใหญ่		
๑๔.	เก้าอี้นั่งถ่าย		
๑๕.	อื่นๆ ระบุ.....		
รวม			

เบอร์โทร./เบอร์มือถือ ผู้สำรวจอุปกรณ์ทางการแพทย์.....

ลงชื่อ ผู้สำรวจ
(.....)
ตำแหน่ง.....
ข้อมูล ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสำรวจความต้องการขอรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้จังหวัดนครพนม

องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568

หน่วยงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....

ที่	ชื่อ-สกุล	ประเภทรายการอุปกรณ์ทางการแพทย์																				
		1.ไม้เท้าขาเดี่ยว	2.ไม้เท้า 3 ขา แบบ	3.ไม้เท้าช่วยพยุง	4.รถนั่งคนพิการชนิด	5.เบาะรองนั่งกันแผล	6.รถเข็นอลูมิเนียม	7.ที่นอนลมกันแผล	8.เตียงผู้ป่วยชนิดปรับ	9.เก้าอี้อาบน้ำชนิด	10.เก้าอี้อลูมิเนียม	11.เก้าอี้ยกตัวขึ้น	12.ถังออกซิเจน 6	13.รถเข็นผู้ป่วย	14.เก้าอี้นั่งถ่าย	15.อื่นๆ ระบุ.....					