

คำขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี

(ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า

(บุคคลธรรมดา).....เลขที่บัตรประชาชน

(นิติบุคคล).....โดย (ผู้มีอำนาจลงนาม)

๑. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

๒. ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

สถานพยาบาล ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล สถานพยาบาลตั้งอยู่เลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์.....

ปัจจุบันมีผู้ดำเนินการสถานพยาบาลชื่อ.....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอชำระเงินค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี

จำนวน.....บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท

(กรณีชำระหลังวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ ต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละ ๕ ต่อเดือน)

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- สำเนาหลักฐานการใช้บริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ
- รายงานประจำปี (ส.พ.๒๔)
- อื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ.....*ดูสรุปรายการเอกสารที่ต้องยื่นทั้งหมดด้านหลังคำขอ*

(ลายมือชื่อ)ผู้รับอนุญาต

(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน

(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก

ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่...../เลขที่.....

จำนวนเงิน.....บาท วันที่...../...../.....

ต่ออายุใบดำเนินการ.....บาท

ลงชื่อผู้มอบเอกสารและลงรายการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุญาต

ข้าพเจ้าได้รับ

ส.พ.๙ เลขที่.....

สมุดทะเบียน คืบแล้ว

ใบอนุญาตดำเนินการ คืบแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับคืน

(.....) (ตัวบรรจง)

วันที่...../...../.....

รายการเอกสารหลักฐานในการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

- คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอ (ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)
- กรณีผู้ประกอบกิจการ(ผู้ยื่นคำขอ) เป็นนิติบุคคล ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล สำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจลงนามผูกพัน และประทับตราสำคัญของบริษัทตามเงื่อนไข
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (เล่มสีน้ำเงิน)
- แบบรายงานประจำปี (แบบ ส.พ.๒๔)
- สำเนาหลักฐานการใช้บริการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อจากหน่วยงานที่ให้บริการฯ
- กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นกระทำการแทน ต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับกระทำการครั้งเดียว, และ ๓๐ บาท สำหรับกระทำการมากกว่าครั้งเดียว พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในการมอบอำนาจให้ระบุสิ่งที่ต้องการให้ผู้รับมอบฯ กระทำการแทนให้ละเอียด เช่น การยื่นเอกสาร การแก้ไข ตัดทอน เพิ่มเติม ข้อความในเอกสาร การรับสมุดทะเบียน/ใบอนุญาต และ รับเอกสารหลักฐานต่างๆ ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น)
- เซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในสำเนาเอกสารโดยเจ้าของเอกสารทุกฉบับ
- ค่าธรรมเนียมคิดตามจำนวนเตียงดังตาราง (จ่ายเป็น “เงินสด” หรือ “แคชเชียร์เช็ค” สั่งจ่ายในนาม “กระทรวงการคลัง ผ่านสำนักงานคลังจังหวัดสมุทรปราการ”)

ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(ก) ๑ - ๑๐ เตียง	ปีละ ๕๐๐ บาท
(ข) ๑๑- ๒๕ เตียง	ปีละ ๑,๒๕๐ บาท
(ค) ๒๖- ๕๐ เตียง	ปีละ ๒,๕๐๐ บาท
(ง) ๕๑-๑๐๐ เตียง	ปีละ ๕,๐๐๐ บาท
(จ) ๑๐๑ เตียงขึ้นไป	ปีละ ๕,๐๐๐ บาท และ ให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น สำหรับที่เกิน ๑๐๐ เตียงอีกเตียงละ ๕๐ บาท แต่ทั้งนี้ เมื่อรวม ค่าธรรมเนียมที่คิดเพิ่มขึ้นแล้วไม่เกินปีละ ๑๐,๐๐๐ บาท

ตัวอย่างตามตาราง

จำนวนเตียง	อัตราค่าธรรมเนียม(บาท)
๑๐๑	๕,๐๕๐
๑๒๐	๖,๐๐๐
๑๓๔	๖,๗๐๐
๑๔๐	๗,๐๐๐
๒๐๐ เตียงขึ้นไป	๑๐,๐๐๐