**附件A**

**臺中市政府衛生局114年社區整體照顧服務體系計畫C據點長照站**

**經費帳目核銷資料檢查表**

受補助單位名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　填表日期：\_\_年＿月＿日

|  |  |
| --- | --- |
|  計畫編號 資料名稱 | \_\_\_C-\_\_\_ |
| 1.領據【附件C】(含專戶存摺或銀行對帳單)  | V |
| 2.收支明細表【附件D】 | V |
| 3.支用單據明細表【附件E】 | V |
| 4.經費支用單據自我檢查表【附件F】 | V |
| 5.計畫效益自評表【附件G】 | V |
| 6.預防及延緩失能照護計畫(1期辦理完成方可報支) | 成果照片【附件H】 |  |
| 特約單位服務量表(系統產出2張) |  |
| 7.開辦設施設備 | 財產/非消耗性物品清冊【附件4-1】 |  |
| 財產/非消耗性物品照片【附件4-2】 |  |
| 8.執行概況考核表【附件I】(期末檢附) |  |
| 9.成果報告【附件J】(期末檢附) |  |
| 10.賸餘款支票(期末檢附) |  |
| 10.孳息支票(全年300元以上，期末檢附) |  |
| 10.其他相關資料：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(例如：志工手冊、照顧服務員/社工人員資格證明文件、失智症個案證明文件) |  |

承辦人員： 單位負責人：