**臺中市政府衛生局補助計畫收支明細表**

執行單位：〇〇〇

年度計畫名稱：114年長期照顧十年2.0整合型計畫-營養餐飲服務

主辦單位：臺中市政府（衛生局） 總經費： 元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 核撥結報 經費預算核撥數 | 第一次核撥日期年 月 日金額$ 元 | 第二次核撥日期 年 月 日金額$元 | 合計 |
|  | 第一次餘（絀）數金額$ 元 |  |
| 第一次結報日期 年 月 日金額$ 元 | 第二次結報日期 年 月 日金額$ 元 |  |
| 志工交通費 |  元 | 元 | 元 |  元 |
| 志工保險費 |  元 | 元 | 元 |  元 |
|  |  元 | 元 | 元 |  元 |
|  |  元 | 元 | 元 |  元 |
|  |  元 | 元 | 元 |  元 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 |  元 | 元 | 元 |  元 |
| 餘（絀）數 | 元 | 元 | 元 |
| 備註 | 待撥款：$ 元利息收入：$ 元、其他衍生收入：＄0元，請於結報時併同結餘款解繳本部。(經費結報時，利息金額為300元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本部；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本局) |
| 製表人 覆核 會計人員 單位負責人**單 位 圖 記** |