**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和平區A單位**

**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 |  |
| 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】 |  |
| 3.支用單據明細表【附件E】 |  |
| 4.經費支用單據自我檢查表【附件F】 |  |
| 5.計畫效益自評表【附件G】 |  |
| 6.設備財產(含交通車)/非消耗性物品 | 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】 |  |
| 7.執行概況考核表【附件I】(期末檢附) |  |
| 8.成果報告【附件J】(期末檢附) |  |
| 9.賸餘款支票(期末檢附) |  |
| 10.孳息支票(全年300元以上，期末檢附) |  |
| 11.其他相關資料：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(例如：個管員清冊、資格證明文件) |  |

承辦人員： 單位負責人：