附件8

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **機關單位名稱:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **臺中市政府衛生局114年失智照護服務計畫**  支出科目分攤表  年　月　日 單位：新臺幣元 | | | | | |
| 所屬年度月份：　 年度　 月份 | | | 總金額： | | |
| 科 目 | | | 金 額 | 說 明 | 備 註 |
| 編 號 | 計畫名稱 | 用途別 科目名稱 |
| 範例： | 臺中市114年失智照護服務計畫（補助） |  |  |  | 分項計畫O：設置OOOOO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合 計 |  |  |  |  |

承辦　　　　　　　　　　　　單位主管

附註：

1.本表由承辦單位人員依據相關支出科目分攤支付款項填列。

2.機關在不牴觸本要點規定前提下，得依其業務特性及實際需要，酌予調整本表格式（如增列核章欄位等）或增加備註說明文字（如註明支用單據存放處所等）。