附件10

**臺中市114年度失智照護服務計畫**

 **失智社區服務據點經費 OO費勻支表**

**單位名稱：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **編列細項** | **編列金額** | **勻出費用** | **勻入細項** |
|  |  |  |  |

大章

小章