**附件A**

**臺中市114年失智照護服務計畫**

**經費帳目核銷資料檢查表**

受補助單位名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　填表日期：114年＿月＿日

|  |  |
| --- | --- |
|  資料名稱 |  |
| 1.收據【附件C】(含專戶存摺或銀行對帳單)  |  |
| 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】(期末不需檢附) |  |
| 6.認知促進模組 (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(非消耗品) | 財產/非消耗性物品清冊【附件6-1】 |  |
| 財產/非消耗性物品照片【附件6-2】 |  |
| 8.成果報告【附件I】(期末檢附) |  |
| 9.執行概況考核表【附件M】 |  |
| 10.賸餘款支票(期末檢附) |  |
| 11.孳息支票(全年300元以上，期末檢附) |  |
| 12.其他相關資料：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(例如：衛生福利部失智照護服務管理系統產出之核銷文件等) |  |

承辦人員： 單位負責人：