**衛生福利部補助計畫收支明細表(權責型據點適用)**

附件D

補助單位：臺中市政府衛生局

受補助單位：

補助年度：114年度

計畫名稱：「失智照護服務計畫」(分項計畫三：設置權責型失智社區服務據點)

**單位：元**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 核撥  (結報)  經費預算核撥數 | | | 第一次核撥日期  114年＿月＿日  金額 $　　　元 | 第二次核撥日期  114年＿月＿日  金額 $　　　元 | 合計 |  |
|  | 第一次餘/絀數  金額 $　　　元 |  |
| 第一次結報日期  114年07月31日  金額 $　　　元 | 第二次結報日期  114年12月19日  金額 $　　　元 |  |
| **活動費及營運費** | **人事費** |  |  |  |  |  |
| **業務費** |  |  |  |  |  |
| **管理費** |  |  |  |  |  |
| **設備費** |  |  |  |  |  |
| 小計 | |  |  |  |  |  |
| 餘（絀）數 | | |  |  |  |  |
| 備註 | | | 利息收入：$　　　元、其他衍生收入：＄　　　元，(經費結報時，利息金額為300元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本局；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  
 （簽約代表人）