**附件F**

**臺中市114年失智照護服務計畫 支用單據自評表**

受補助單位： 計畫編號：

日 期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  檢 查 結 果 檢 查 項 目 | 是 | 否 | 不適用 |
| 1.補助支出，是否屬核定之補助項目？ |  |  |  |
| 2.補助支出，是否取得適當之支用單據(發票收執聯、小規模營利事業收據、個人收據及其他適當憑證，例如：機票、車票、薪資清冊、郵電憑證、水電憑證、保險費憑證…等)? |  |  |  |
| 3. 支用單據，如為發票或小規模營利事業收據者： |  |
| (1)是否填妥買受人名稱全銜？ |  |  |  |
| (2)是否填妥買受人統一編號？ |  |  |  |
| (3)是否填妥實際交易時間(含年、月、日)？ |  |  |  |
| (4)是否蓋妥統一發票專用章或填妥小規模營利事業之統一編號及蓋店舖章？ |  |  |  |
| (5)是否填妥品名、規格、數量、單價及金額(應有大寫)？ |  |  |  |
| (6)數量乘單價後是否等於總額？ |  |  |  |
| 4. 支用單據如為接受補助之機構以外之個人出具之收據： |  |
| (1)是否載明事實、金額、立據日期？ |  |  |  |
| (2)是否有立據人之簽章？ |  |  |  |
| (3)是否有立據人之身分證統一編號？ |  |  |  |
| (4)是否辦理所得稅扣繳？ |  |  |  |
| 5.旅費支出，是否附收據、票根、出差旅費清單? |  |  |  |

承辦人員： 覆核： 會計人員： 單位負責人：