**機關單位名稱:**

附件K

**臺中市114年失智照護服務計畫**

**\_\_\_\_\_月出差旅費清單**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **職稱** | **出差事由** | **日期** | **起迄地點** | **補助項目** | **領用人****簽章** |
| **住宿** | **交通** | **合計** |
| Ex：王小明 | 研究助理 | 參加00聯繫會議 | 108.06.05 | 外埔區~和平區 | 0 | 50 | 50 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**單位：新臺幣元**

業務單位：(簽章) 會計單位：(簽章) 單位負責人：(簽章)

備註：

1. **於距離受補助單位三十公里內之地區洽公者，不得申報出差旅費。**
2. 差旅費覈實報支(請檢附車票證明及住宿收據)，本市提供免費公車範圍內需扣除。
3. **計程車費用及受補助(捐)助單位專備交通工具或領有免費票或搭乘便車者，不得報支**。
4. 確依「**中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點**」及「**國內出差旅費報支要點**」規定辦理。