**附件M**

機關(單位)名稱：

接受衛生福利部失智照護服務計畫-失智共同照護中心 114 年度執行概況考核表(A4格式)

中華民國 年 月 日起至 年 月 日止 單位：新臺幣元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受獎助單位 | 獎助計畫 | 申 請 時自籌經費 | 核定獎助經 費 | 預定完成日 期 | 實際完成日 期 | 累計實支數 | | | 工作執 行進度% | 核銷情形 | 剩餘經費 | | | 補助經費  支出中內  含補充保  費金額數 | 備註 | |
| (受益人次) | |
| 合 計 | 自籌經費支 出 | 獎助經費支 出 | 個案服務費 | 轉介費 | 共照平台服務費 | 男 | 女 |
|  | 114年失智照護服務計畫(分項計畫一：設置失智共同照護中心) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表說明：1.「執行進度%」欄係指計畫工作執行進度，非為經費支出進度。

2.「申請時自籌經費」欄所列係止申請單位申請時所列之自籌款，「核定補助經費」欄所列係指本局核定之獎助金額，「預定完成日期」欄所列係指申請單位申請時所列之預定辦理完成日期，「實際完成日期」欄所列係指壽獎助單位計畫辦理完成日期，非指核銷報結日期。

3.「核銷情形」欄請於計畫執行完成就地審計核銷後，填寫「已核銷」，如有賸餘款、其他收入請隨函繳回，本局據以備查建檔結案。

4.「累計實支數」，如包含經常支出及本支出，或經常支出內包含「專業服務費」，受獎助單位應另以附表說明其「累計實支數」欄位內「自籌經費支出」及「補助經費支出」之「經常支出」、「資本支出」分配情形；「經常支出」內如包含「專業服務費」亦應分項說明。

5.備註欄內請填報受益人次。

填表人： 業務主管： 主辦會計： 核轉機關首長：

辦理單位負責人：