**臺中市政府衛生局114年****長期照顧十年2.0整合型計畫-失智症團體家屋服務**

**經費帳目核銷資料檢查表**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項次 | 資料名稱 | 查檢結果(請打V) |
| 1 | 專戶切結書【附件2】 |  |
| 2 | 領據【附件2】 (含專戶存摺或銀行對帳單) |  |
| 3 | 收支明細表【附件5】 |  |
| 4 | 支出憑證明細表(含自評表)【附件6】 |  |
| 5 | 計畫效益自評表【附件8-1】(期中檢附) |  |
| 成果報告【附件8-2】(期末檢附) |  |
| 6 | 執行概況考核表【附件7】(期末檢附) |  |
| 7 | 賸餘款支票(期末檢附) |  |
| 8 | 孳息支票(全年300元以上，期末檢附) |  |
| 9 | 其他相關資料：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |  |

承辦人員： 單位負責人：