**臺中市長期照顧十年2.0整合型計畫-小規模多機能服務計畫效益自評表**

填表日期：＿年＿月＿日

|  |  |
| --- | --- |
| 單位名稱 |  |
| 主辦人及  聯絡電話 |  |
| 單位地址 |  |
| 實施時間 | 114年1月1日至114年6月30日 |
| 經費支出概況  (單位：新臺幣) | 實際支出總經費: (元) |
| 核銷金額: (元) |
| 繳回金額: (元) |
| 計畫執行情形/預期效益及成果 | 【請分項條列，含時間、內容】   1. 執行目標   (一) …  1、…  (1)…  二、執行情形  (一) …  1、…  (1)…  三、效益評估與成果  (一) …  1、…  (1)… |
| 經費執行情形 | 一、經費編列與執行(項目請填寫細項 )   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **(一)開辦設施設備費** | | | | | | | | **項 目** | **數量** | **單位** | **單價** | **補助** | **自籌** | **總計** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | **(二)交通接送車輛** | | | | | | | | 交通接送車輛 | 1 | 輛 |  |  |  |  | | 合計(A) |  | | |  |  |  | |

**承辦人員： 覆核： 單位負責人：**

**單 位 圖 記**

**單 位 圖 記**

**單 位 圖 記**

**單 位 圖 記**