

接受衛生福利部社會及家庭署長照服務發展基金獎助經費 獎助計畫成果報告

受獎助單位		統一編號	
計畫名稱	115年度失能身心障礙者特殊需求加值服務計畫	計畫編號	
計畫執行概況	時間	自 年 月 日 至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 與計畫預定時間相同。 <input type="checkbox"/> 因故更改時間，原因：
	地點	【服務區域或活動辦理地點】	<input type="checkbox"/> 與計畫預定地點相同。 <input type="checkbox"/> 因故更改地點，原因：
	【含單位服務時間、活動內容及服務對象，與身心障礙福利相關者，應包含每週服務時數、障別、年齡及障礙程度之分析】		

受益人數/人次	預期辦理 <input type="checkbox"/> 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數 <input type="checkbox"/> 受益人數/ <input type="checkbox"/> 受益人次		<input type="checkbox"/> 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數 (A): <input type="checkbox"/> 人數 (a): <input type="checkbox"/> 人次 (a):	
	實際辦理 <input type="checkbox"/> 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數 <input type="checkbox"/> 受益人數/ <input type="checkbox"/> 受益人次		【本項無則免填】 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數 (B): 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數達成率 (B/A): %	
			男性 (b) : 人 女性 (c) : 人 人數達成率 (《b+c》/a): %/人	
效益評估	【依申請補助計畫書所載效益，評估目標達成情形】			
	預期效益			
	實際效益	【實際效益與預期效益有顯著落差者，請敘明原因及改善方式】		
計畫主辦人			機 關 關 防 / 團 體 圖 記	
聯絡電話				
電子信箱				

一、已服務人數及障礙類別如下：

障礙類別 (舊制)	人數		
	編號1~7	編號1~8	合計(編號1~9)
1. 智能障礙○人 2. 自閉症○人 3. 腦性麻痺○人 4. 脊髓損傷○人 5. 罕見疾病○人 6. 視覺障礙○人 7. 聽覺障礙○人 8. 其他障別○人 9. 無身障手冊○人	○人	○人	共計○人

二、服務對象

(一) 失能身心障礙者清冊

編號	姓名	身分證字號	障礙類別 (舊制：智能障礙、自閉症、腦性麻痺、脊髓損傷、罕見疾病、視覺障礙及聽覺障礙)	程度	備註
1					
2					
3					
...					

(二) 失能身心障礙者身障手冊影本

編號	正面	背面
1		
編號	正面	背面
2		

… (如篇幅不足，請自行複製)

「115年度失能身心障礙者特殊需求加值服務計畫」活動照片

辦理單位：

時間：	地點：
說明：	
時間：	地點：
說明：	

時間：	地點：
說明：	
時間：	地點：
說明：	

時間：	地點：
說明：	
時間：	地點：
說明：	

「115年度失能身心障礙者特殊需求加值服務計畫」設施設備照片

辦理單位：

設施設備名稱：

使用說明：

設施設備名稱：

使用說明：

設施設備名稱：
使用說明：
設施設備名稱：
使用說明：

設施設備名稱：
使用說明：
設施設備名稱：
使用說明：