

**臺中市政府衛生局 115 年長照 3.0 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	獎補助切結書【附件 1】	
2	專戶切結書【附件 2】	
3	領據【附件 2】 (含專戶存摺或銀行對帳單)	
4	收支明細表【附件 5】	
5	支出憑證明細表(含自評表)【附件 6】	
	計畫效益自評表【附件 8-1】(期中檢附)	
6	成果報告【附件 8-2】(期末檢附)	
7	執行概況考核表【附件 7】(期末檢附)	
8	賸餘款支票(期末檢附)	
9	孳息支票(全年 300 元以上，期末檢附)	
10	其他相關資料：_____ (例如:設施設備清單【附件 10】及照片【附件 11】)	

承辦人員：

單位負責人：