

臺中市 115 年長照 3.0 整合型計畫-失智症團體家屋服務計畫

效益自評表

單位名稱		主辦人及 聯絡電話			
計畫名稱	115 年長照 3.0 整合型計畫-失智症團體家屋服務				
時間	115 年 1 月 1 日至 115 年 6 月 30 日				
地點	請填寫單位服務地址				
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)			
執行狀況	一、服務人數				
	項目	男性	女性	小計	
	115 年 1 月 1 日前服務人數(開案服務中)				
	115 年新增個案數				
	合計				
	二、服務人次				
	月份	男性人數	女性人數	男性人次	女性人次
	1 月				
	2 月				
	3 月				
4 月					
5 月					
6 月					
合計					

經費執行情形	各項經費細項	核定經常門:○元	核銷費用經常門:○元	經費執行率(%)
	(一)照顧服務費			
	(二)營運費-租金			
	(三)營運費-人事費			
	(四)營運費-外聘督導出席費			
	合計			

製表人

覆核

單位負責人

單位圖記