

接受衛生福利部 115 年度長照服務發展基金補助辦理
長照 3.0 整合型計畫成果報告表

辦理單位	主辦人及聯絡電話 聯絡人電子信箱	
計畫名稱	115 年長照 3.0 整合型計畫-失智症團體家屋服務計畫	
(申請單位用印、負責人簽章)		
實施時間	115 年○月○日至 115 年 12 月 31 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/活動內容/經費執行情形	<p>【請分項條列，含時間、內容】</p> <p>一、執行目標 (一) ... 1、... (1)...</p> <p>二、實施策略及方法 (一) ... 1、... (1)...</p> <p>三、檢討及具體改善策略 (一) ... 1、... (1)...</p>	

預期效益及 成果	一、執行指標及目標值 (一) ... 1、... (1) ...							
	二、效益評估 (一) ... 1、... (1) ...							
	三、經費編列與執行(項目請填寫細項)							
	(一)照顧服務費							
	項 目	數量	單位	單價	補助	自籌	總計	執行狀況
	合計(A)							
	(二)人事費							
	項 目	數量	單位	單價	補助	自籌	總計	執行狀況
	合計(B)							
	(三)房屋租金							
	項 目	數量	單位	單價	補助	自籌	總計	執行狀況
合計(C)								
(四)外聘督導出席費								
項 目	數量	單位	單價	補助	自籌	總計	執行狀況	
合計(D)								

1 領據
 2 經費帳目核銷資料檢查表
3 經費支出憑證明細表
 4 執行概況表

接受衛生福利部 115 年度長照服務發展基金補助辦理長照 3.0 整合型計畫
之長期照顧整合型計畫(失智症團體家屋)

「失智症團體家屋」活動照片【請至少附 6 張】

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 年失智症團體家屋服務成效統計表

一、服務人數(統計期間:115 年 1 月 1 日至 12 月 31 日)

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、服務人數/人次(統計期間:115 年 1 月 1 日至 12 月 31 日)

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				
7 月				
8 月				
9 月				
10 月				
11 月				
12 月				
合計				

三、服務滿意度(統計期間:115 年 1 月 1 日至 12 月 31 日)