

接受衛生福利部長照服務發展基金獎助經費

辦理 C 級巷弄長照計畫成果報告

受獎助單位		統一編號	
計畫名稱	108 年社區整體照顧服務體系-醫事機構設置 C 級巷弄長照站	核定文號	
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：
	辦理時段	<input type="checkbox"/> 2-5 時段 <input type="checkbox"/> 6-9 時段 <input type="checkbox"/> 10 時段	
	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】		
受益人數/人次	預期辦理： 受益人數/受益人次	一、 社會參與：每年提供__位長者、__人次以上服務。 二、 健康促進：每年提供__位長者、__人次以上服務。 三、 共餐服務：每年可提供__位長者，共__人次服務。 四、 預防及延緩失能服務：每年辦理__期，提供__位長者，共__人次以上服務。 五、 社區式喘息服務(臨時托顧)：每月可提供__位失能者臨托服務，每年服務量達__人、__人次。	
	實際辦理： 受益人次	男性： 人/年 女性： 人/年 人數達成率： %/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	
聯絡電話			

電子信箱		/ 團 體 圖 記	
------	--	-----------------------	--

108 年南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站

成果報告

最美的照片一張

申請單位：_____（單位全銜）

單位地址(即公文寄送地址)：

實施期程：民國 108 年 月 日~108 年 12 月 31 日

主辦單位：南投縣政府衛生局

單位負責人/職稱：

聯絡人/職稱：

聯絡電話：

傳真：

E-mail：

填報日期： 年 月 日

目 錄

	頁碼
壹、摘要.....	
貳、前言及目的.....	
參、現況分析.....	
肆、執行策略.....	
伍、執行成效.....	
陸、檢討與未來規劃.....	
柒、其他檢附資料(如活動成果)	

壹、摘要

貳、前言及目的

參、現況分析(以服務鄰近里別分析需求人口概況)

肆、執行策略：

一、開辦時段_____，辦理預防及延緩失能服務_____期。

服務項目	執行方式
社會參與	
健康促進	
共餐服務	
預防及延緩失能服務	載明辦理期數及導入模組課程全名
社區式喘息服務(臨時托顧)	

二、實際課程表

	週一	週二	週三	週四	週五	備註
8:30-9:00	早安（看報紙、聽音樂、吃早餐）					
09:00-12:00						
	預防及延緩 失能 (10:00-12:00)					
12:00-13:00	共餐時光					
13:00-16:00						
16:10-	準備回家					

伍、執行成效

（請簡述及分析單位收案年齡層、男女人數、經費執行率…等）

服務項目	預期效益	實際達成	達成率 100%
收案數		共____人 (男： 人) (女： 人)	
社會參與	__人__人次	__人__人次	
健康促進	__人__人次	__人__人次	
共餐服務	__人__人次	__人__人次	
預防及延緩失能	__人__人次	__人__人次	
社區式喘息服務 (臨時托顧)	__人__人次	__人__人次	

陸、檢討與未來規劃

柒、其他檢附資料

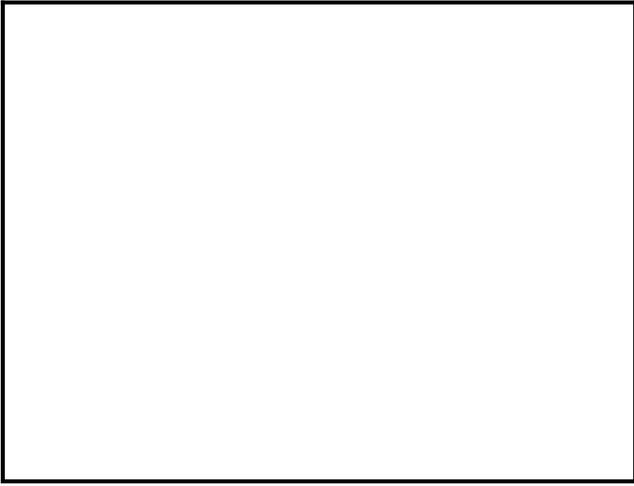
成果照片

時間：

參加人數： 人

辦理地點：

活動內容：



説明：



説明：



説明：



説明：