

## 南投縣失智照護服務計畫核銷作業參考範例

113.1 修

### 一、核銷相關說明：

項目名稱	說明
人事費	印領清冊簽名欄勿蓋職章、校對章等。【附件 1】
業務費	
講座鐘點費 專家出席費	<ol style="list-style-type: none"> <li>國內聘請專家學者每節 2,000 元為上限，與主辦單位有隸屬關係者每節鐘點費 1,500 元為上限，內聘每節鐘點費 1,000 元為上限。</li> <li>核銷時須檢附：                             <ol style="list-style-type: none"> <li>講師領據【附件 2】請浮貼於憑證下方。</li> <li>講座鐘點費須檢附課程辦理情形【附件 3】。</li> </ol> </li> </ol>
臨時工資	<ol style="list-style-type: none"> <li>受補(捐)助單位人員不得支領臨時工資。</li> <li>印領清冊簽名欄需親自簽名。【附件 4】</li> <li>服勤表【附件 5】附於印領清冊後(應含簽到、簽退)</li> </ol>
文具紙張 印刷 材料費 雜支	<ol style="list-style-type: none"> <li>發票及收據應包含買受人、統編、日期、店章、品名數量、單價、金額務必詳細，若發票無品名，需原子筆手寫並蓋職章，或可請店家開明細並蓋店章。</li> <li>紅布條屬印刷費，需檢附圖片。</li> <li>大量印刷之單價應合理，並敘明印製理由。</li> </ol>
租金	檢附租賃契約、相關文件及收據。
郵電	如提供服務場址有其他用途應檢附支出分攤表。
電腦處理費	<ol style="list-style-type: none"> <li>可購買如：磁片、硬碟、隨身碟及光碟片。</li> <li>不可購買如：電腦軟體、程式設計費、電腦周邊設備、網路架設、電源轉換器及變壓器等係屬設備。</li> </ol>
油脂	<ol style="list-style-type: none"> <li>需載明個案家至據點之日期、使用人姓名及公里數等，填具油資耗用清單【附件 6】</li> <li>檢附乘客責任險投保證明(如有申請乘客投保之保險費用，應於申請保險費用時檢附)。</li> </ol>
材料費	<ol style="list-style-type: none"> <li>購置非消耗品 2,000 元以上，應列非消耗品清冊並附檢附照片清楚拍攝到物品標籤。【附件 7】</li> <li>材料費數量超過 15 件以上，檢附未使用前之照片。</li> <li>如為購置食材請註明”烹調課程”用。</li> </ol>
國內旅費	<ol style="list-style-type: none"> <li>依國內出差旅費報支要點辦理。</li> <li>檢附出差公文及差單或相關證明文件。</li> <li>高鐵票證請加蓋職章。請註明交通工具、起訖站及票</li> </ol>

	價（計程車不支應）。
餐費	<ol style="list-style-type: none"> <li>餐費以 100 元/人為限。</li> <li>失智據點共餐可編列，如為烹調課程所需材料不得以此項支應。<b>**據點供餐對象為失智個案</b></li> <li>共照中心請領餐費需為會議、課程或相關主管機關同意辦理之活動誤餐費，並應檢附議程表。</li> </ol>
保險(意外責任險)	<ol style="list-style-type: none"> <li>檢附保險收據正本。</li> <li>依當年度保險總額按比例核銷。</li> <li>為保障據點活動長者安全，請失智社區服務據須投保公共意外險；如為據點自行接送長輩亦應投保乘客責任險。</li> </ol>
設備費	<ol style="list-style-type: none"> <li>接受補助之設備項目均需列財產增加清冊及黏貼財產標籤(標註年限及財產管理人)。<b>【附件 8】</b></li> <li>檢附清冊及照片(需清楚可見黏貼標籤)。</li> <li>營運未滿 3 年有停辦情形者，接受補助設備費用應按未執行月份比例繳回。</li> </ol>
管理費	<ol style="list-style-type: none"> <li>水電費等單據用水用電地址需與提供服務場址同址。 (如繳費單地址非據點地址，或無載明用水、用電地址，請於該單據上註明”○○據點使用”並蓋職章)</li> <li>該址如有其他用途，費用應以分攤方式，並應檢附支出機關分攤表。</li> </ol>

- 請領人事費、講座鐘點費、臨時工資，需於檢附原始憑證核銷時一併檢附所得扣繳憑單(如未能按月，則應於年底檢附全年度)，本府得不定期抽查，倘未依規定申報，本府得予追回已補助之款項\*\*
- 憑證核章處需使用正式章(或職章)，不宜使用小型連續章(修改處核章亦同)
- 憑證黏貼單至多一次黏貼 5 張發票(收據)，如超過 5 張請分 2 張黏貼單，並請留意所檢具之發票應蓋有發票章，如檢具收據，商家應蓋有免使用統一發票章。

核銷時，請依序排列(1)公文(範例如下)(2)領據(3)支出明細表(4)支出憑證明細表(5)原始核銷憑證(按支出憑證明細表編號排列)(6)其他佐證相關資料

受文者：南投縣政府衛生局

主旨：檢陳本院(機構/協會)辦理「南投縣 113 年度失智照護服務計畫-設置失智社區服務據點(失智共照中心)」113 年\_\_月份原始憑證辦理核銷事宜，請 鑒核。

說明：依據南投縣政府 113 年 00 月 00 日府授衛企字第 \_\_\_\_\_ 號函及南投縣政府補(捐)助計畫契約書辦理。

## 二、經費之申報(請領)、撥付及核銷

(一)113年4月8日前應檢附113年1-3月份原始憑證及相關資料辦理補助費用撥付(共照及據點同)。

(二)失智共照中心採按季核銷；失智據點採按月核銷：

(1)失智共照中心採按季核銷，7月8日前檢附4-6月原始憑證憑辦補助費用撥付，10月8日前檢附7-9月原始憑證憑辦補助費用撥付。

(2)失智據點5月起每月8日前應檢附前一月份原始憑證憑辦補助費用撥付。

(請確認失智系統平台可核銷金額不得低於核銷金額)

(3)113年結報應於113年12月16日前(以本府衛生局收文日期為憑)送原始憑證及相關資料並檢附領據，經本府審查通過後核實撥付，倘有賸餘款項應一併繳回，同時檢附期末成果報告書一式2份含WORD電子檔，檢附領據，經本府審查通過核實撥付。

## 三、核銷相關資料(請依序排列)

編號	繳交文件	參考範本	備註
1	領據	P17	各項資料皆需填寫並黏貼存簿影本
3	收支明細表	P18-19	
4	支出憑證明細表	P20	依各月份經費科目別分類
5	支出憑證黏存單	P20	1. 依各月份經費科目別分類 2. 同一經費科目可黏貼數張憑證 3. 各項印領清冊須貼在憑證用紙
6	簽到表	P21	提供個案簽到表
7	相關佐證資料	依實際 資料憑附	如財產清冊、非消耗品清冊附於該項科目 憑證用紙後

四、113年度新增共餐成果(P24)及每季聘請講師在冊(P23)表單。

(特 約 單 位 全 銜)

黏貼憑證用紙

民國 年 月 日

憑證編號	預算科目	用途	金額						
			百萬	十萬	萬	千	百	十	元
	人事費	林園							

承辦人	出納	會計	單位長官

黏 貼 線

月份	姓名	身分證字號	戶籍地址	薪資	雇主應負擔			總計	簽名 (蓋章)
					勞保	健保	勞退		
1 月	林園	M123344567	復興路 6 號	33,000					
2 月	林園	M123344567	復興路 6 號	33,000					
小計									
							總計		

專職人力服勤表

_____年_____月 姓名：_____ <input type="checkbox"/> 社工員 <input type="checkbox"/> 照服員							
日期	服勤情形	時間	工作內容	日期	服勤情形	時間	工作內容
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16				小計	上班日數 天		

南投縣 113 年失智照護服務計畫  
「講師/專家學者」\_\_\_\_\_月份收據

機關單位名稱：

現職：

姓名：

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

 類別：講師費(○內聘 ○外聘) 延緩指導員 協助員

序號	日期	時間	時數 (小時)	課程內容	講師簽到
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

\*\*如表格不敷使用，請自行增列\*\*

茲收到

計新臺幣\_\_\_\_\_元整

簽名或蓋章(私章)

## 失智社區服務據點講座鐘點費課程成果

課程主題	月餅 DIY	講師	郝甜	<input type="checkbox"/> 內聘 <input type="checkbox"/> 外聘	
日期	113.3.5	時間		課程人數	13 人
講師學經歷	1. 烘焙乙級證照 2. 郝甜麵包坊負責人				
課程內容	製作月餅： 簡述課程過程				
課程照片(至少兩張)					
<p>照片需同時呈現(全景) 講師、學員及課程情形 並請清楚彩色列印</p>					

課程主題	用藥安全	講師	曾帥	<input type="checkbox"/> 內聘 <input type="checkbox"/> 外聘	
日期	113.3.9	時間		課程人數	10 人
講師學經歷	1. 中山醫學大學 2. 藥師執照 3. 帥帥藥局負責人				
課程內容	1. 失智症用藥種類及副作用 2. 用藥安全重要性				
課程照片(至少兩張)					
<p>照片需同時呈現(全景) 講師、學員及課程情形 並請清楚彩色列印</p>					

(特 約 單 位 全 銜)

黏貼憑證用紙

民國 年 月 日

憑證編號	預算科目	用 途	金 額						
			百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元
	業務費	臨時工資				7	0	4	0

承辦人	出納	會計	單位長官

黏 貼 線

月 份	姓 名	身 分 證 字 號	戶 籍 地 址	時 數	薪 資	雇 主 應 負 擔			總 計	簽 名 (蓋 章)
						勞 保	健 保	勞 退		
1 月	施志	L122222888	復興路6號	20	3,520					
2 月	施志	L122222888	復興路6號	20	3,520					
				小計						
								總計		

\*備註：每小時以法定最低時薪計算，請依勞動部公告核定基本工資進行調整。



(特 約 單 位 全 銜)

## 臨時人員服勤表

計畫名稱：辦理 113 失智照護服務計畫

受補捐助據點名稱：

姓名：施志

身分證字號：L122222888

戶籍地址：南投縣南投市復興路 6 號

日期	起訖時間	工作內容	時數	總金額	簽到 (親簽)	簽退 (親簽)
01/23	9:00~12:00	應留意 合宜性	3	480	親簽	親簽
總計						

備註：每小時以法定最低時薪計算，請依勞動部公告核定基本工資進行調整。

(特約單位全銜)

黏貼憑證用紙

民國 年 月 日

憑證編號	預算科目	用途	金額						
			百萬	十萬	萬	千	百	十	元
	業務費	文具紙張					4	9	0

承辦人	出納	會計	單位長官

黏 貼 線

黏貼相關發票

CD-32323233  
營業人企業識別標章  
電子發票證明聯  
108年03-04月  
CD-32323233  
2019-03-08 10:22:23  
隨機碼 9999 總計 340  
賣方01234567 買方09876543  
  
  
  
原3單 30元x10張  
以備贈40元x1捲  
承辦 林宣宣

AB-12345678  
維機書局  
電子發票證明聯  
107年05-06月  
AB-12345678  
2018-06-08 20:24:00  
隨機碼 9999 總計 150  
賣方 99999999 資料袋1包150入  
  
  
  
中文維基百科店 1234567890  
退貨憑電子發票證明聯 正本辦理

(特 約 單 位 全 銜)  
油資耗用清單

計畫名稱：辦理 113 失智照護服務計畫

受補捐助據點名稱：

日期	使用人姓名	車輛種類	車號	事由 (需含個案姓名)	起訖點	公里數	耗用油量	核銷金額 (元)
113.04.01	余仁杰			接送長輩參加據點活動(個案王樹根)	三和里復興路 6 號至據點	0.5		

說明

- 1.以上共耗用\_\_\_\_公里，按 1 公升耗用\_\_\_\_公里換算，共計耗用\_\_\_\_公升，核列支給金額。
- 2.需檢附加油收據正本。

## 衛生福利部 非消耗品清冊

計畫名稱：辦理 113 失智照護服務計畫

受補捐助單位名稱（全銜）：\_\_\_\_\_

受補捐助據點名稱：\_\_\_\_\_

填單日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

購買日期	非消耗性物品名稱	規格	單價	數量	總價	存置地點	使用 年限	保管人	保管人 簽章

說明：

1. 以上各項非消耗性物品單價均需在 2,000 元以上，未達 1 萬元，且使用年限未及 2 年。
2. 接受補助之設備項目均需黏貼財產標籤，並註明「衛生福利部補（捐）助購置」。
3. 本表不敷使用請自行跨頁繼續使用。

經辦單位	驗收或證明	出納人員	會計人員	機關長官

## 衛生福利部 財產增加單清冊

計畫名稱：辦理 113 失智照護服務計畫

受補捐助單位名稱（全銜）：\_\_\_\_\_

受補捐助據點名稱：\_\_\_\_\_

填單日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

購買日期	財產編號	財產名稱	型式/廠牌	單價	數量	總價	存置地點	使用 年限	保管人	保管人 簽章

說明：

1. 使用年限未及二年或單價未達 1 萬元之非消耗性物品以計畫直接有關為限。
2. 接受補助之設備項目均需黏貼財產標籤，並註明「衛生福利部補（捐）助購置」。
3. 接受補助設備費之據點，營運未滿三年有停辦情形者，接受補助設備費用應按未執行月份比例繳回。
4. 本表不敷使用請自行跨頁繼續使用。

經辦單位	驗收或證明	出納人員	會計人員	機關長官

<p style="text-align: center;">○○單位/醫院(○○據點)財產</p> <p>補助單位：衛生福利部獎助購置</p> <p>計畫名稱：113 失智照護服務計畫</p> <p>財產編號：</p> <p>廠牌型號：</p> <p>購置日期：                      使用年限：</p> <p>保管人：</p>	<p style="text-align: center;">○○單位/醫院(○○據點)財產</p> <p>補助單位：衛生福利部獎助購置</p> <p>計畫名稱：113 失智照護服務計畫</p> <p>財產編號：</p> <p>廠牌型號：</p> <p>購置日期：                      使用年限：</p> <p>保管人：</p>
<p style="text-align: center;">○○單位/醫院(○○據點)財產</p> <p>補助單位：衛生福利部獎助購置</p> <p>計畫名稱：113 失智照護服務計畫</p> <p>財產編號：</p> <p>廠牌型號：</p> <p>購置日期：                      使用年限：</p> <p>保管人：</p>	<p style="text-align: center;">○○單位/醫院(○○據點)財產</p> <p>補助單位：衛生福利部獎助購置</p> <p>計畫名稱：113 失智照護服務計畫</p> <p>財產編號：</p> <p>廠牌型號：</p> <p>購置日期：                      使用年限：</p> <p>保管人：</p>
<p style="text-align: center;">○○單位/醫院(○○據點)財產</p> <p>補助單位：衛生福利部獎助購置</p> <p>計畫名稱：113 失智照護服務計畫</p> <p>財產編號：</p> <p>廠牌型號：</p> <p>購置日期：                      使用年限：</p> <p>保管人：</p>	<p style="text-align: center;">○○單位/醫院(○○據點)財產</p> <p>補助單位：衛生福利部獎助購置</p> <p>計畫名稱：113 失智照護服務計畫</p> <p>財產編號：</p> <p>廠牌型號：</p> <p>購置日期：                      使用年限：</p> <p>保管人：</p>
<p style="text-align: center;">○○單位/醫院(○○據點)財產</p> <p>補助單位：衛生福利部獎助購置</p> <p>計畫名稱：113 失智照護服務計畫</p> <p>財產編號：</p> <p>廠牌型號：</p> <p>購置日期：                      使用年限：</p> <p>保管人：</p>	<p style="text-align: center;">○○單位/醫院(○○據點)財產</p> <p>補助單位：衛生福利部獎助購置</p> <p>計畫名稱：113 失智照護服務計畫</p> <p>財產編號：</p> <p>廠牌型號：</p> <p>購置日期：                      使用年限：</p> <p>保管人：</p>

接受衛生福利部獎助辦理  
南投縣 113 年失智照護服務計畫  
設施設備/非消耗物品照片

附件 9 報廢單

受補助單位名稱：

物品編號		物品名稱		廠牌規格	00 牌 (O*O*O)
數量		單價	元	總價 元 (補助款元)	存置地點
購置日期		使用年限		報廢日期	報廢原因
使用前照片					
報廢時照片					

備註：

1. 未滿一萬元列非消耗物品。
2. 照片應拍到**物品標籤**(標籤內容應含單位全銜並應註明「衛生福利部補(捐)助購置」及「經費來自衛生福利部長照基金獎助」字樣)。

需檢附以下由社區照顧關懷網產出之表單

107年度「預防及延緩失能照護計畫」特約單位服務量表_M022-001-CL-01-0012-20180618																								
受補助特約單位名稱：【.....】 ( 醫事C )																								
服務據點(鄉鎮市/村里)：南投縣..... 號																								
照護方案提供單位名稱：【RU-40-0036】社團法人雲林縣物理治療師公會																								
照護方案名稱：【CL-01-0012】22-多元活動提升社區長者自立計畫																								
服務時間：2018-06-18-2018-09-03																								
服務班別：中班制																								
人數：11位																								
總堂數：12																								
(一)師資名冊：																								
週次	一		二		三		四		五		六		七		八		九		十		十一		十二	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
日期	06/18		06/25		07/02		07/09		07/16		07/23		07/30		08/06		08/13		08/20		08/27		09/03	
指導員	王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00		王00	
協助員																								

107年度「預防及延緩失能照護計畫」特約單位服務量表_M022-001-CL-01-0012-20180618																												
(二)個案出席紀錄表：																												
序號	身分證字號	姓名	性別	出席次數	個人出席率	出席情形 (1期為12週)【是/否/結束服務】												個人前後服務量測【滿分25分】										
						週次	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二	備註	前測	後測							
						日期	06/18	06/25	07/02	07/09	07/16	07/23	07/30	08/06	08/13	08/20	08/27	09/03										
1	***	王	女	12	100.00%		是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	4	3		
2	***	王	女	11	91.67%		是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	否	是	是	是	13	11		
3	***	王	男	12	100.00%		是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	7	4	
4	***	王	男	10	83.33%		是	否	是	否	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	7	7	
5	***	王	女	9	75.00%		是	否	是	是	否	是	是	是	是	是	是	是	是	是	否	是	是	是	是	11	9	
6	***	王	女	11	91.67%		是	是	否	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	14	14	
7	***	王	女	9	75.00%		是	是	否	是	否	否	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	5	5	
8	***	王	女	10	83.33%		是	是	是	否	是	是	否	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	19	18	
9	***	王	女	10	83.33%		是	是	是	是	是	是	否	是	是	是	否	是	是	是	是	是	是	是	是	8	8	
10	***	王	女	8	66.67%		是	是	是	是	是	是	是	是	是	否	否	否	否	否	否	否	否	否	是	5	5	
11	***	王	女	12	100.00%		是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	18	15
每次課程個案出席率						100.00%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%	81.82%

備註：  
 1. 個人出席率=(個人實到次數/個人應到次數)X100%  
 2. 每次課程個案出席率=(實到個案人數/應到個案人數)X100%  
 3. 如果個案因不可抗力因素(例如:生病、搬遷至外縣市、住院、死亡、傳染病隔離等)無法繼續參加課程，經向地方政府報備同意後，則後續平均出席率可不計入該個案出席情形。



(特 約 單 位 全 銜)

辦理南投縣 113 年度失智照護服務計畫

收 據

茲收到南投縣政府衛生局 113 年失智照護服務計畫補助費用，  
計新台幣\_\_\_\_\_ (國字大寫)元整，確實無訛。

服務單位名稱：\_\_\_\_\_

填本次總請領金額(含延緩)

負責人：\_\_\_\_\_ (簽章)

住址：\_\_\_\_\_

統一編號：

匯入戶名：

解款行(註明分行)：

匯款帳號：

解款行代號(7碼)：(可於財金資訊股份有限公司

查詢)

負責  
人章

機 構  
關 防

.....  
(銀行存戶影本封面張貼處)

中華民國 113 年 月 日

衛生福利部補助計畫收支明細表

補助單位：南投縣政府

受補助單位及據點名稱：

計畫名稱：113年失智照護服務計畫(分項計畫二：失智社區服務據點)

失智照護服務系統平台可核銷總金額：                    元整(失智據點 依系統顯示 +延緩已核銷金額                    )

單位：元

項目名稱	核定金額	1-3月結報	4月結報	5月結報	6月結報	7月結報	8月結報	9月結報	10月結報	11月結報	12月結報	合計	未執行數
人事費												-	-
研究助理薪資												-	-
保險												-	-
公提勞工退休金												-	-
業務費												-	-
講座鐘點費												-	-
臨時工資												-	-
												-	-
												-	-
管理費												-	-
設備費												-	-
預防及延緩模組												-	-
總計	10,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,000

月份	預撥契約30%	1-3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	累計收支數
結報數	0	500	800	1,200	800							3,300
請款數	3,000	0	0	0	300							3,300

註：本案計畫採預撥契約金額30%，後續依經費使用情形覈實支付。如結報數累計小於已預撥金額，請款數應填0。(請款數需與領據金額一致)

製表人

複核

會計

單位首長

### 衛生福利部補助計畫收支明細表

補助單位：南投縣政府

受補助單位：

計畫名稱：113年失智照護服務計畫(分項計畫一：失智共同照護中心)

失智照護服務系統平台可核銷總金額：                    元整(個案服務費\$          +轉介費\$          )

單位：元

項目名稱	核定金額	1-3月結報	4-6月結報	7-9月結報	10-12月結報	合計	未執行數
個案服務費(A)							
轉介費(B)							
輔導據點費(C)	-						
<b>1. 人事費</b>						-	-
研究助理薪資						-	-
保險						-	-
公提勞工退休金						-	-
<b>2. 業務費</b>						-	-
講座鐘點費						-	-
臨時工資						-	-
						-	-
						-	-
<b>3. 管理費</b>						-	-
<b>總計(A+B+C)</b>	-	-	-	-	-	-	-

月份	預撥契約30%	1-3月	4-6月	7-9月	10-12月	累計收支數
結報數	0	500	800	1,200	800	0
請款數	-	0	0	0	300	300

註：本案計畫採預撥契約金額30%，後續依經費使用情形覈實支付。如結報數累計小於已預撥金額，請款數應填0。(請款數需與領據金額一致)

製表人

複核

會計

單位首長

受補助單位：_____（單位全銜）				
據點名稱：_____				
113年度失智照護服務計畫支出憑證明細表				
____月份		支出項目(摘要)	支出憑證 編號	支出金額
一級用途別	二級用途別			
人事費	研究助理薪資 (名字○○○)	○○○	1	
人事費	保險	○○○	2	
人事費	公提離職儲金或 公提勞工退休金	○○○	3	
人事費合計				
業務費	講座鐘點費	姓名+日期 ex. 郝甜1月(5.12日)		
業務費	講座鐘點費	林萌1月(3.10.17日)	4	
業務費	臨時工資	名字林囡囡1-2月	5	
業務費	文具紙張	破粉匣*2	6	
	材料費	棒棒糖鼓*10、材料包(香包*10)	7	
	餐費	月份(天數+人次) 1月份(22天176人)	8	
	保險	公共意外險(載明效期) 113/1/2-113/12/31	9	
業務費合計				
設備費		(品項+購買日)電腦113/1/10	10	
設備費		(品項+購買日)音響113/1/17	11	
設備費合計				
管理費		(水電費載明年月)2月電費	12	
管理費合計				
預防及延緩失能	指導員	姓名+資格+日期 陶樂比(護理師) 1月2.9.16 2月6.13.20.27 3月6.13.20.24 4月3	13	
預防及延緩失能	協助員	薛住遠 1月2.9.16 2月6.13.20.27 3月6.13.20.24 4月3	14	
預防及延緩失能	材料費	○○○	15	
預防及延緩失能(第__期)合計				
總計				
填表說明：				
1. 請依支出憑證編號順序填列，並依補助項目分類列計金額(小計)，俾利查核。				
2. 本表不敷使用請自行增列。				

113年○○○○○○失智社區服務據點簽到表

課程日期: \_\_\_\_\_ 課程時間: \_\_\_\_:\_\_\_\_~ \_\_\_\_:\_\_\_\_

姓名	簽名	姓名	簽名
王小明	王小明		

(特 約 單 位 全 銜)

黏貼憑證用紙

民國 年 月 日

憑證編號	預算科目	用 途	金 額							
			百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元	
	業務費									

承辦人	出納	會計	單位長官

黏 貼 線

黏貼相關發票



113 年度南投縣 \_\_\_\_\_ 失智據點 \_\_\_\_\_ 月份共餐成果

113/2 起適用

星期	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
午別	上午				
照片 1 張					
說明					
午別	下午				
照片 1 張					
說明					