

**花蓮縣衛生局108 年度**

**「失智照護服務計畫」核銷表單**

**中華民國 108 年4月**

1

**花蓮縣衛生局補助計畫收支明細表**

受補助單位：

補助年度：108年度

計畫名稱：「失智照護服務計畫」(分項計畫一：設置失智社區服務據點 )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 核撥  經費預算核撥數  （結報） | 第一次核撥日期 ----年----月----日 金額 $　　 　　　元 | | 第二次核撥日期 ----年----月----日 金額 $　　 　　　元 | 第三次申請金額  $　　 　　　元 |
|  | | 第一次餘（絀）數 金額 $　　 　　　元 | 第二次餘（絀）數 金額 $　　 　　　元 |
| 第一次結報日期 ----年----月----日 金額 $　　　 　　元 | | 第二次結報日期  ----年----月----日 金額 $　　 　　　元 | 第三次結報日期  ----年----月----日 金額 $　　 　　　元 |
| 1.失智照護服務計畫(小計) |  | |  |  |
| (1)人事費 |  | |  |  |
| (2)業務費 |  | |  |  |
| (3)設備費 |  | |  |  |
| (4)管理費 |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 2.預防及延緩失能照護計畫(小計) |  | |  |  |
| (1)業務費 |  | |  |  |
| (2)管理費 |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 總計 |  | |  |  |
| 餘（絀）數 |  | |  |  |
| 備註 | 利息收入：$ 元、其他衍生收入：＄　　 元，(經費結報時，利息金額為300元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本局；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本局)。 | | | |
| 製表人 | | 覆核 會計人員　　　　　 單位首長 （簽約代表人） | | |

**花蓮縣衛生局補助計畫收支明細表**

受補助單位：

補助年度：108年度

計畫名稱：「失智照護服務計畫」(分項計畫二：設置失智共同照護中心 )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 核撥  （結報）  經費預算核撥數 | 第一次核撥日期 ----年----月----日 金額 $　　 　　　元 | | 第二次核撥日期 ----年----月----日 金額 $　　 　　　元 | 第三次申請金額  $　　 　　　元 |
|  | | 第一次餘（絀）數 金額 $　　 　　　元 | 第二次餘（絀）數 金額 $　　 　　　元 |
| 第一次結報日期 ----年----月----日 金額 $　　　 　　元 | | 第二次結報日期  ----年----月----日 金額 $　　 　　　元 | 第三次結報日期  ----年----月----日 金額 $　　 　　　元 |
| 1.個案服務管理(小計) |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 2.共照平台(小計) |  | |  |  |
| (1) 人事費 |  | |  |  |
| (2) 業務費 |  | |  |  |
| (3) 管理費 |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 總計 |  | |  |  |
| 餘（絀）數 |  | |  |  |
| 備註 | 1.附表：失智個案服務管理核銷清單。  2.利息收入：$ 元、其他衍生收入：＄　　 元，(經費結報時，利息金額為300元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本局；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本局)。 | | | |
| 製表人 | | 覆核 會計人員　　　　　 單位首長 （簽約代表人） | | |

**花蓮縣衛生局補助計畫收支明細表（支出項目別）核銷清單-1**

失智照護服務計畫經費

受補助單位：

補助年度：108年度

計畫名稱：「失智照護服務計畫」(分項計畫一：設置失智社區服務據點 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位：元 | | | | | |
| 項目名稱 | **地方政府核定金額** | **申請核銷金額** | | | |
| **第一期** | **第二期** | **第三期** | **總計** |
| **人事費小計** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 研究助理薪資 |  |  |  |  |  |
| 保險(健保) |  |  |  |  |  |
| 保險(勞保) |  |  |  |  |  |
| 公提退休金 |  |  |  |  |  |
| **業務費小計** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 講座鐘點費 |  |  |  |  |  |
| 臨時工資 |  |  |  |  |  |
| 文具紙張 |  |  |  |  |  |
| 郵電 |  |  |  |  |  |
| 印刷 |  |  |  |  |  |
| 租金 |  |  |  |  |  |
| 油脂 |  |  |  |  |  |
| 電腦處理費 |  |  |  |  |  |
| 材料費 |  |  |  |  |  |
| 出席費 |  |  |  |  |  |
| 國內旅費 |  |  |  |  |  |
| 餐費 |  |  |  |  |  |
| 保險(意外責任險) |  |  |  |  |  |
| 宣導品 |  |  |  |  |  |
| 雜支費 |  |  |  |  |  |
| **設備費小計** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **管理費小計** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 合 計 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 |

**花蓮縣衛生局補助計畫收支明細表（支出項目別）核銷清單-2**

預防及延緩失能照護計畫經費

受補助單位：

補助年度：108年度

計畫名稱：「失智照護服務計畫」(分項計畫一：設置失智社區服務據點 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位：元 | | | | | |
| 項目名稱 | **地方政府核定金額** | **申請核銷金額** | | | |
| **第一期** | **第二期** | **第三期** | **總計** |
| **業務費小計** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 講座鐘點費 |  |  |  |  |  |
| 臨時工資 |  |  |  |  |  |
| 文具紙張 |  |  |  |  |  |
| 郵電 |  |  |  |  |  |
| 印刷 |  |  |  |  |  |
| 租金 |  |  |  |  |  |
| 設備使用服務費 |  |  |  |  |  |
| 維護費 |  |  |  |  |  |
| 油脂 |  |  |  |  |  |
| 調查訪問費 |  |  |  |  |  |
| 電腦處理費 |  |  |  |  |  |
| 資料蒐集費 |  |  |  |  |  |
| 材料費 |  |  |  |  |  |
| 出席費 |  |  |  |  |  |
| 國內旅費 |  |  |  |  |  |
| 餐費 |  |  |  |  |  |
| 其它 |  |  |  |  |  |
| 雜支費 |  |  |  |  |  |
| **管理費小計** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 合 計 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 |

**花蓮縣衛生局補助計畫收支明細表（支出項目別）核銷清單-1**

受補助單位：

補助年度：108年度

計畫名稱：「失智照護服務計畫」(分項計畫二：設置失智共同照護中心 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位:元 | | | | | |
| 項目名稱 | **地方政府核定金額** | **申請核銷金額** | | | |
| **第一期** | **第二期** | **第三期** | **總計** |
| 一、個案管理費用 | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 極輕度個案 |  |  |  |  |  |
| 輕度個案 |  |  |  |  |  |
| 中度個案 |  |  |  |  |  |
| 重度個案 |  |  |  |  |  |
| 二、共同照護平台費用 | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **人事費小計** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 專業人員薪資 |  |  |  |  |  |
| 保險(勞保) |  |  |  |  |  |
| 保險(健保) |  |  |  |  |  |
| 公提退休金 |  |  |  |  |  |
| **業務費小計** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 講座鐘點費 |  |  |  |  |  |
| 臨時工資 |  |  |  |  |  |
| 文具紙張 |  |  |  |  |  |
| 郵電 |  |  |  |  |  |
| 印刷 |  |  |  |  |  |
| 租金 |  |  |  |  |  |
| 油脂 |  |  |  |  |  |
| 調查訪問費 |  |  |  |  |  |
| 電腦處理費 |  |  |  |  |  |
| 材料費 |  |  |  |  |  |
| 出席費 |  |  |  |  |  |
| 國內旅費 |  |  |  |  |  |
| 餐費 |  |  |  |  |  |
| 雜支費 |  |  |  |  |  |
| **管理費小計** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **合 計** | $**0** | $**0** | $**0** | $**0** | $**0** |

**支出憑證明表**

單位名稱：

計畫名稱：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支出日期 | | | 摘要 | 支出憑證編號 | 金　　　額（新臺幣元） | | |
| 年 | 月 | 日 | 合計 | 自籌 | 補助 |
|  |  |  | 合計 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 小計 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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。

承辦人： 業務主管： 會計： 負責人：

**花蓮縣衛生局 失智社區服務據點成果統計表**

單位名稱：

資料日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **月份** | **失智個案數(請填寫服務人數)** | | | **照顧者服務(請填寫服務人數)** | | | **據點提供服務項目(請填寫服務人數及人次)** | | | | | | | |
| **男** | **女** | **合計** | **男** | **女** | **合計** | **認知促進、緩和失智** | | **安全看視** | | **家屬支持團體（輔導諮商）** | | **家屬照顧課程** | |
| **人數** | **人次** | **人數** | **人次** | **人數** | **人次** | **人數** | **人次** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **總計** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

承辦人: 業務主管: 負責人:

**花蓮縣衛生局 失智共同照護中心成果統計表**

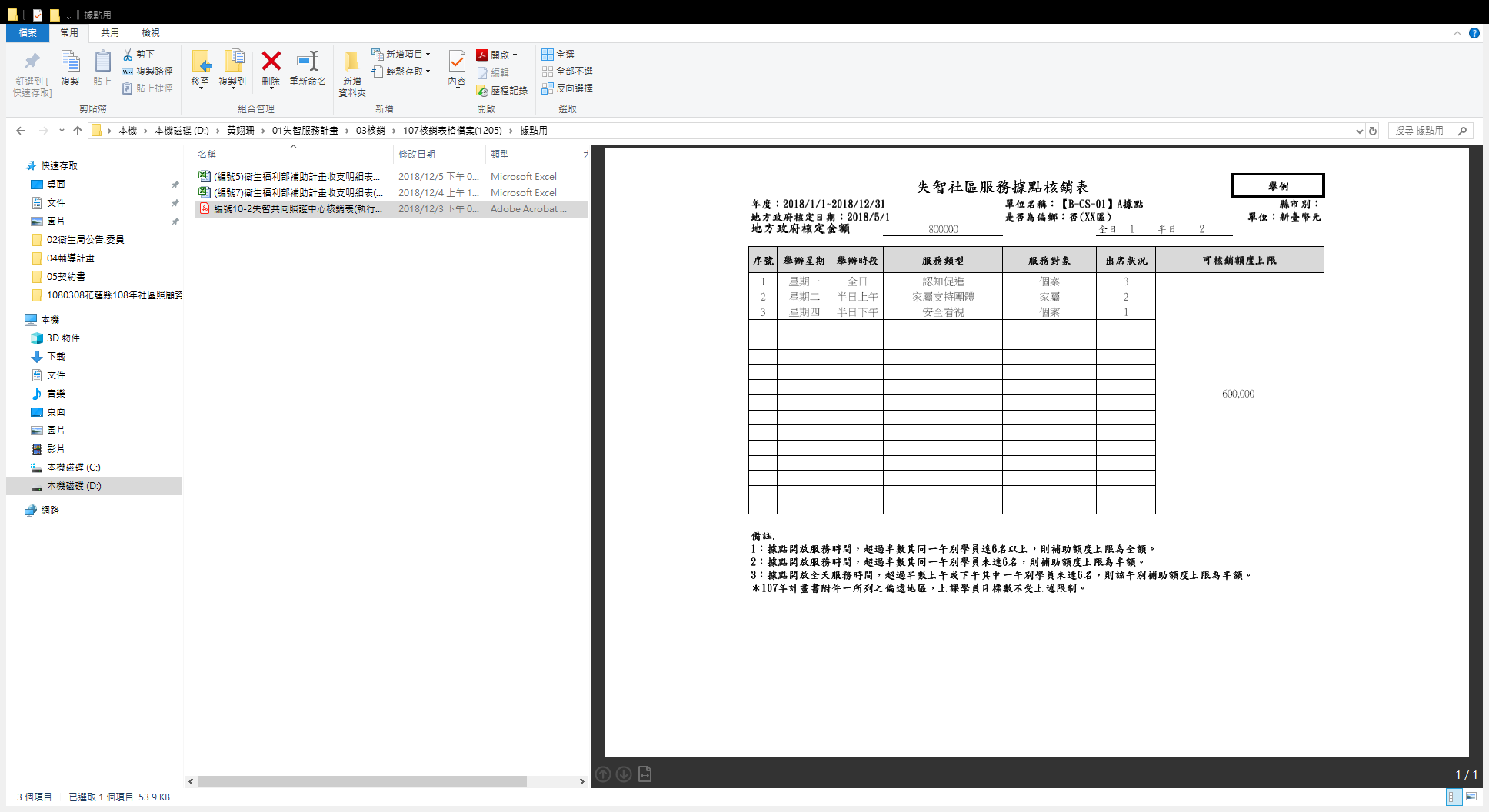
單位名稱：

資料日期：

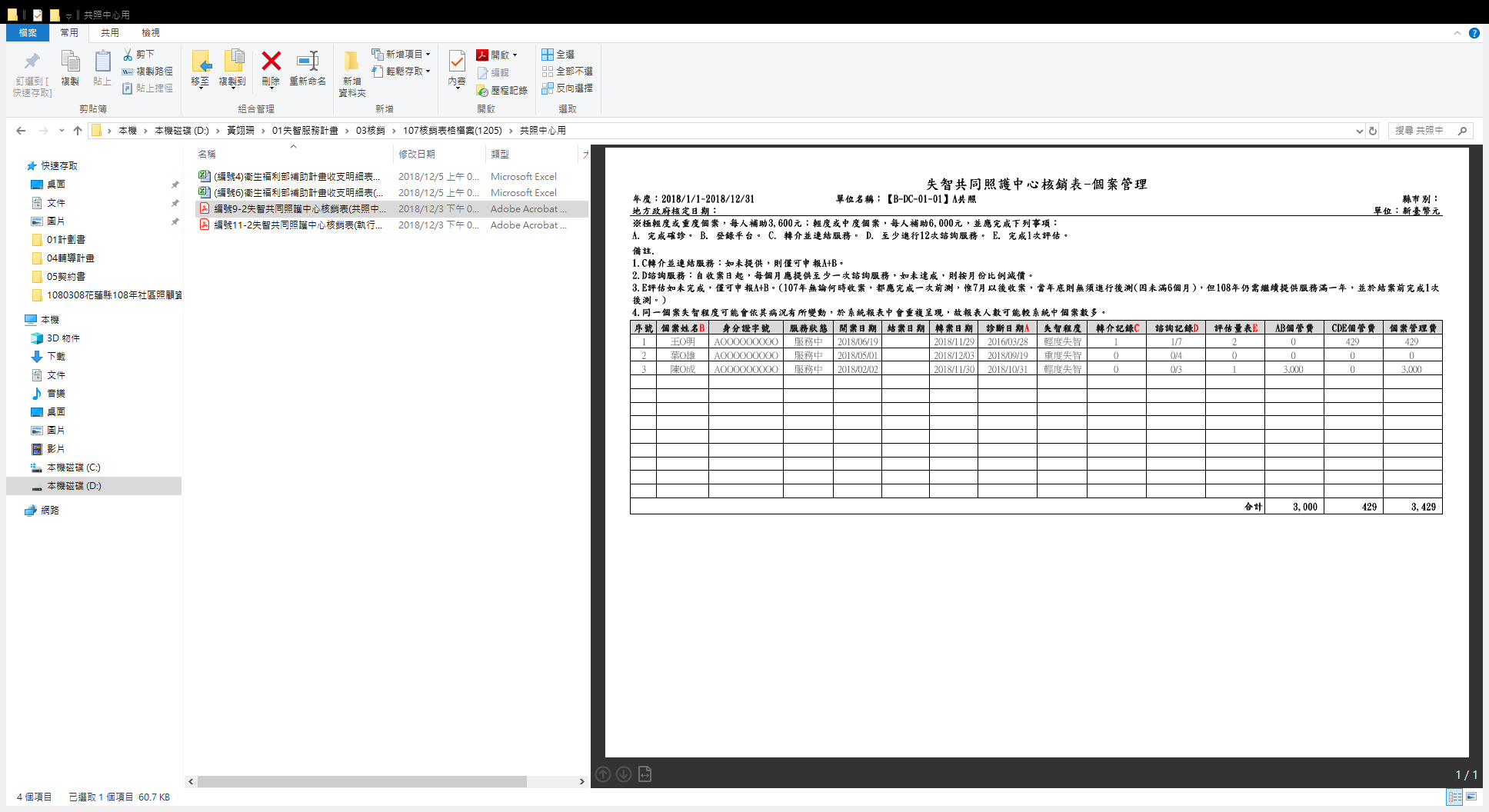
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **月份** | **服務項目** | | | | | | | | | | | | | | |
| **個案管理服務(人數)** | | | | | | | **共同照護平台** | | | | | | | |
| **待確診** | **極輕度** | **輕度** | **中度** | **重度** | **合計** | **新確診個案** | **輔導失智社區服務據點(家數)** | **社區失智共同照護網絡聯繫會議(場次)** | **社區失智識能公共教育** | | | **失智專業與照服員人才培訓** | | |
| **場次** | **人數** | **人次** | **場次** | **人數** | **人次** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **總計** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

承辦人: 業務主管: 負責人:

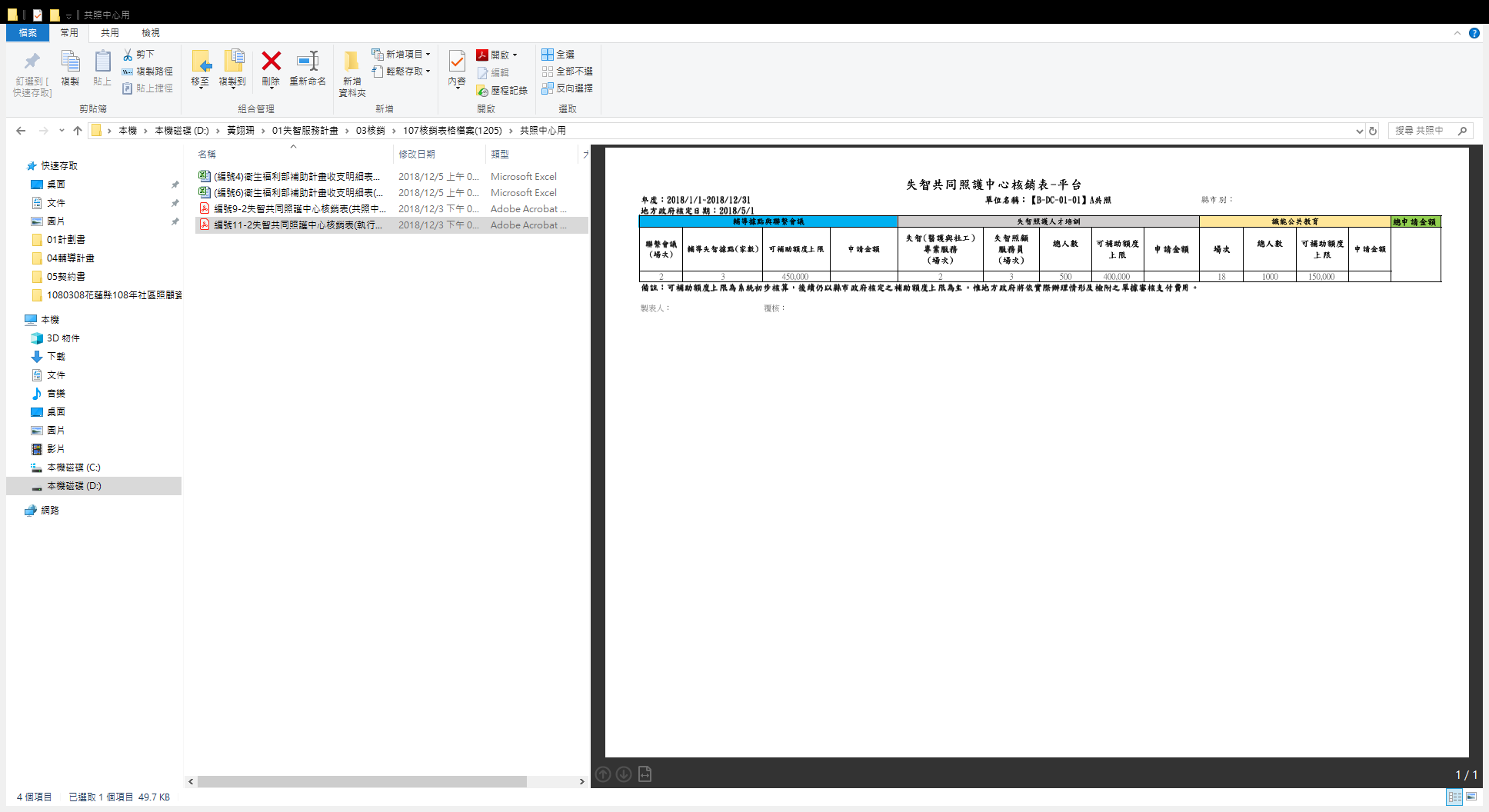
**失智社區服務據點核銷表(下載失智照護服務管理系統資料) 第三期核銷檢附**

****

**失智共同照護中心核銷表-個案管理 (下載失智照護服務管理系統資料) 第三期核銷檢附**

****

**失智共同照護中心核銷表-平台(下載失智照護服務管理系統資料) 第三期核銷檢附**

****