

居家服務轄外案核銷表單：

	1. 領款收據
	2. 民間團體向彰化縣衛生局申領補(捐)助經費切結書
	3. 接受彰化縣衛生局補(捐)助經費明細表
	4. 經費支出明細表
	5. 執行成果報告
	6. 服務紀錄表
	7. 專案管理費支出憑證
	8. 彰化縣失能老人暨身心障礙者居家服務補助費及個案督導費受益清冊
	9. 縣市政府委辦契約書影本
	10. 核定公文
	11. 支出憑證黏存單

# 領款收據

茲收到「長期照顧十年計畫 2.0-照顧服務(居家服務)」經費，  
計新臺幣 \_\_\_\_\_(以大寫表示)元整，實屬無訛。

此致

彰化縣衛生局

具領單位：(與單位圖記之印章內容一致)

單位地址：

統一編號：

單位負責人：

(簽章)

會計：

(簽章)

出納：

(簽章)

匯款銀行：

存簿帳號：

中華民國 1 0 6 年 0 0 月 0 0 日

-----存簿封面影本黏貼處-----

## 民間團體向彰化縣衛生局申領補（捐）助經費切結書

受文者	<u>彰化縣衛生局</u>
主          文	<p>(一) 茲向 貴機關申領<u>長期照顧十年計畫 2.0-照顧服務(居家服務)</u>補(捐)助經費計新臺幣_____元整。</p> <p>(二) 本項計畫未重複或以任何名義向彰化縣衛生局申領補（捐）助經費。</p> <p>(三) 若有違前款申領情事，願無條件繳回申領補（捐）助經費。</p>
切結單位	申領單位：           (簽章)           負責人：_____ (簽章)
日期	中華民國      106      年            月            日

承辦人

科長

機關主管

# 接受彰化縣衛生局補（捐）助經費明細表

接受補助團體名稱：

（請記得蓋單位章）

填表日期：106年 月 日

單位：元

申請項目內容及執行期間	計畫編列及執行情形								
計畫名稱：長期照顧十年計畫 2.0- 照顧服務(居家服務) 執行期間：106年 月-106年 月	項目名稱	居家服務費	督導費	專案管理費	失智症加給				
	自籌款								
	補助款								
	合計								
					繳回縣庫日期				
收到補助日期及金額									
執行成果 簡要說明	協助沐浴、穿換衣服、協助使用輔具、肢體關節運動、 陪同散步 3月服務 10.5 小時、4月服務 19.5 小時 5月服務 19.5 小時、6月服務 19.5 小時				審 核 欄	<input type="checkbox"/> 執行成效良好 <input type="checkbox"/> 執行成效不佳 <input checked="" type="checkbox"/> 依補助項目用途支用 <input type="checkbox"/> 未依補助項目用途支用 <input type="checkbox"/> 其他意見_____			

製表：

負責人：

承辦人：

科長：

機關主管：

單位名稱  
經費支出明細表

計畫名稱：長期照顧十年計畫 2.0-照顧服務(居家服務)

支出日期			摘要	支出憑證編號	金額(新臺幣元)									
年	月	日			十億	億	千萬	百萬	十萬	萬	千	百	十	元
			合計											
106			服務費											
			督導費											
			服務費											
			督導費											
			服務費											
			督導費											
			油料費(補助)											
			油料費(自籌)											
			油料費(補助)											

承辦

主管

單位名稱  
(請記得蓋單位章)

# 執行成果報告

1. 計畫名稱：長期照顧十年計畫 2.0-照顧服務(居家服務)
2. 辦理單位：
3. 辦理日期：
4. 辦理地點：案家
5. 受益人數：1 人
6. 活動內容：  
    陪同就醫
7. 活動成果及效益：  
    9-12 月計服務 479 小時
8. 活動照片：略

## 彰化縣失能老人暨身心障礙者居家服務補助費及個案督導費受益清冊

服務期間：106年 月 至 106年 月

月份	身分別	受 照 顧 者										失智症加給 (請檢附CDR分數 或身障手冊或證 明；無，免填)	備 註		
		評估結果 1.輕度 2.中度 3.重度	姓 名	出生年月日	戶籍住址	居家服務員 姓 名	居服督導員 姓 名	核定時數	服務時數	單 價 一般戶 140 中低戶 180 低收戶 200	合計補助金額			個案 督導費	
1	一般戶														
2															
本頁小計：		居家服務補助費：		個案督導費：		失智症加給：		本頁總計：							

單位名稱：  
(請記得蓋單位章)

承辦人：

會計/出納：

負責人：

承辦人

科長

機關主管

## 彰化縣失能老人暨身心障礙者居家服務補助費及個案督導費受益清冊(國定假日)

服務期間：106年 月 至 106年 月

月份	身分別	受照顧者											備註		
		評估結果 1.輕度 2.中度 3.重度	姓名	出生年月日	戶籍住址	居家服務員 姓名	居服督導員 姓名	核定時 數	服務時數	單 價 一般戶 140 中低戶 180 低收戶 200	民眾自付額 一般戶 60 中低戶 20 低收戶 0	合計補助金額		個案 督導費	
1	一般戶												0		
2															
本頁小計：		居家服務補助費：			個案督導費：		本頁總計：								

單位名稱：  
(請記得蓋單位章)

承辦人：

納：

會計/出

負責  
人：

承辦人

科長

機關主管



000000000000

支出憑證黏存單

憑證 編號	預算 科目	金額									用途說明 (具體說明)
		百 萬	十 萬	萬	千	百	十	元	角	分	

經手人	會計	證明人或驗收保管人	機關長官