

附件 2

機關(單位)名稱：

接受金門縣政府 年擴增地方輔具中心服務量能補助經費 年度^上/_下半年執行概況考核表(A4格式)

中華民國 年 月 日起至 年 月 日止

單位：新臺幣元

| 計畫編號 | 受補助單位 | 補助計畫 | 申請時自籌經費 | 核定補助經費 | 預定完成日期 | 實際完成日期 | 累計實支數 | | | | 執行進度 % | 核銷情形 | 繳回經費 | | 補助經費支出中內含補充保險費金額數 | 備註(受益人次) | |
|------|-------|------|---------|--------|--------|--------|-------|----|--------|--------|--------|------|------|-----|-------------------|----------|---|
| | | | | | | | 項目 | 合計 | 自籌經費支出 | 補助經費支出 | | | 經常門 | 資本門 | | 男 | 女 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 填表說明：1. 「執行進度%」欄係指計畫工作執行進度，非為經費支出進度。
 2. 「申請時自籌經費」欄所列係指申請單位申請時所列之自籌款，「核定補助經費」欄所列係指本府核定之補助金額，「預定完成日期」欄所列係指申請單位申請時所列之預定辦理完成日期，「實際完成日期」欄係指受補助單位計畫辦理完成日期，非指核銷報結日期。
 3. 「核銷情形」欄請於計畫執行完成就地審計核銷後，填寫「已核銷」，如有賸餘款、其他收入請隨函繳回，本府據以備查建檔結案。
 4. 「累計實支數」，如包含經常支出及資本支出，或經常支出內包含「專業服務費」，受補助單位應分項說明。
 5. 備註欄內請填報受益人次。

填表人：

業務主管：

主辦會計：

核轉機關首長：
辦理單位負責人：