

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 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

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：