## 表2-1.接受本署公彩回饋金補助計畫經費成果報告表

**接受衛生福利部社會及家庭署公彩回饋金補助經費**

**補助計畫成果報告表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受補助單位 |  | 統一編號 |  |
| 計畫名稱 |  | 計畫編號 |  |
| 計畫執行概況 | 時間 | 自 年 月 日至 年 月 日 | □與計畫預定時間相同。□因故更改時間，原因： |
| 地點 | 【服務區域或活動辦理地點】 | □與計畫預定地點相同。□因故更改地點，原因： |
| 【含單位服務時間、活動內容及服務對象，與身心障礙福利相關者，應包含每週服務時數、障別、年齡及障礙程度之分析】 |
| 受益人數/人次 | 預期辦理 □場次/□據點數□受益人數/□受益人次 | □場次/□據點數（A）：□人數 (a)：□人次（a）： |
| 實際辦理□場次/□受益人數/□受益人次 | 【本項無則免填】場次/□據點數（B）： 場次達成率/□據點數達成率（B/A）： ％ |
| 男性（b）︰　　　人女性（c）︰　　　人人數達成率（《b+c》/a）： ％/人 |
| 效益評估 | 【依申請補助計畫書所載效益，評估目標達成情形】 |
| 預期效益 |  |
| 實際效益 | 【實際效益與預期效益有顯著落差者，請敘明原因及改善方式】 |
| 計畫主辦人 |  | 機關關防/團體圖記 |  |
| **聯絡電話** |  |
| **電子信箱** |  |