## 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** |  | | |