## 表3-1.接受本署公彩回饋金補助經費執行概況考核表

機關（單位）名稱：

接受衛生福利部社會及家庭署公彩回饋金補助經費　　　年度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  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 |
|  |  |  |  |  |  |  | 專業服務費 | 100,000 | 30,000 | 70,000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 經常門  (不含專服費) | 50,000 | 40,000 | 10,000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 資本門 | 20,000 | 6000 | 14,000 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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」欄所列係指本署核定之補助金額，「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，本署據以備查建檔結案。

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：