附件1-2(民間團體版)

填表日期：中華民國 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 衛生福利部○○年度「強化社會安全網第二期計畫」  補助計畫申請表（一） | | | | | | | | | | | | | |
| 申請單位 | | |  | | | | | | 核准機關日期文號 | |  | | |
| 會（地）址 | | |  | | | | | | 統一編號 | |  | | |
| 負責人 | | 職稱 |  | | 姓名 |  | | 計畫主辦人 |  | | 電話 | |  |
| （申請單位用印、負責人簽章） | | | | | | | | | | | | | |
| 計畫名稱 |  | | | | | | | | | | 預定完成日期 |  | |
| 計畫內容概要 | 服務對象： | | | | | | | | | | | | |
| 服務地點： | | | | | | | | | | | | |
| 辦理內容： | | | | | | | | | | | | |
| 預期效益 | （請填寫具體數據） | | | | | | | | | | | | |
| 計畫總經費 | | | |  | | | 申請衛生福利部補助 | | | （單位：新臺幣元） | | | |
| 自籌經費 | | | | （申請案自籌經費包括申請單位編列、民間捐款、其他政府機關補助、收費等，如有申請其他單位經費請詳予註明） | | | | | | | | | |

1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 衛生福利部○○年度「強化社會安全網第二期計畫」補助計畫申請表(二) | | |
| 計畫名稱： | | |
| 附件清單 | **以下附件資料已隨申請表附送請打勾**  □申請補助計畫書  □自籌款證明（如法定預算或納入預算證明等主管機關證明、申請時最近二個月內之金融機構存款證明等）  □目的事業主管機關同意申請之證明文件  □委託契約書  □切結書  □章程影本  □立案證書影本  □負責人當選證書影本  □法人登記證書影本  □公職人員及關係人身分關係揭露表  □其他依據計畫內容所需附件： | |
| 核轉機關審核意見 | 審 核 重 點 | 審 核 意 見 |
| 1. 依行政區域內之整體需求，本計畫是否有必要？ 2. 依計畫內容執行後是否可達到計畫之目的？ 3. 是否符合申請各項計畫、服務方案函頒之補助規定？ 4. 申請單位所應附文件是否均符合規定？ 5. 有無重複申請補助情事？ 6. 以前年度是否尚有未核銷案件？ 7. 申請單位業務、會務、財務健全且正常運作。（非屬主管之團體，應敘明該團體主管機關之意見） 8. 其他審核綜合建議 | 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  核轉機關承辦人員及聯絡電話： |
| （機關首長簽章） | |
| 說明：一、「計畫總經費」一欄，如有跨越二年度以上者，請書明各年度需求。 二、申請單位請於申請表第一頁適當位置用印。  三、如無核轉機關，核轉機關審核意見欄免填。 | | |