

桃園市政府衛生局

長期照護機構「失智症-非藥物療法計畫」

桃園市政府衛生局

107 年 01 月 19 日

## 目錄

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 壹、計畫名稱.....             | 3  |
| 貳、前言.....               | 3  |
| 參、計畫目的.....             | 3  |
| 肆、執行期間.....             | 3  |
| 伍、申請資格及審查方式.....        | 4  |
| 陸、申請流程.....             | 5  |
| 柒、補助項目.....             | 6  |
| 捌、補助金額.....             | 7  |
| 玖、補助金額核銷方式.....         | 8  |
| 壹拾、使用監督.....            | 8  |
| 壹拾壹、本計畫奉核後實施，修正時亦同..... | 9  |
| 附件 1：申請書.....           | 10 |
| 附件 2：審查表.....           | 12 |
| 附件 3：合約書.....           | 15 |
| 附件 4：成果報告.....          | 16 |
| 附件 5：費用補助申請領據表.....     | 17 |

**壹、計畫名稱：桃園市政府衛生局 107 年度長期照護機構「失智症-非藥物療法計畫」**

**貳、前言：**

根據美國失智症協會及世界衛生組織文獻回顧(Dementia a public health priority)指出，輕度失智症的行為精神問題往往以非藥物治療介入為優先，中重度行為精神問題則需藥物搭配非藥物治療；其中在病患的認知職能治療(認知刺激或認知復健)、懷舊治療、園藝治療、音樂治療、運動療法、動物輔助治療等，漸有研究文獻支持對失智症個案的行為精神問題有效。非藥物治療重視的為失智症長者及照顧者整體生活，從硬體環境到每天有意義的活動參與，穩定長者目前的功能與延緩病程進展，改善行為及精神症狀，促進某些認知功能，積極提供長者及照顧者的安適感，減少疾病對生活帶來的衝擊，營造更友善及有品質的照護環境。

**參、計畫目的：**

- 一、非藥物療法課程規劃，透過聽、視、觸、味等感官刺激與肢體運動，增進失智症長者愉悅的情緒，發揮其現有功能，延緩功能的退化，進一步提升本市長照機構照護品質。
- 二、藉由認知訓練重新安排、參與日常活動，以達到維持其獨立功能並調適失智症帶來的困擾。

**肆、執行期間：自合約簽定日起至 107 年 12 月 10 日止。**

## 伍、申請資格及審查方式：

### 一、申請資格：

(一)申請單位應符合下列其中一項且 105、106 年度評鑑或督考未曾評為「不合格」或丙等(含)以下亦無重大違規事件(如從事有傷風化或危害人體健康等不正當業務)之機構。

1.優先對象：本市一般護理之家評鑑或督考合格或乙等(含)以上之機構。

2.次優先對象：

(1)本市老人福利機構評鑑結果合格且效期尚未屆滿。

(2)本市已立案並經相關評鑑合格之醫療機構。

(3)本市已立案之日間照顧中心。

(二)申請單位須提供參與失智症-非藥物療法服務之學員名冊，以失智症個案為原則並檢附醫師診斷書或身心障礙手冊(失智)、或簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)評估達輕(中)度心智功能障礙等佐證資料，參與學員人數合計 10 人以上。

### 二、申請文件:(以申請單位負責人為本計畫申請人)

(一)申請書內容 1 式 3 份(含電子檔 1 份):(附件 1)

1.申請單位基本資料。

2.前言及目的。

3.機構營運模式(須包括：地域特性、住民特性分析如疑似或確診失智症個案比例、照護模式、活動空間及設施等)。

4.失智症-非藥物療法活動內容應詳細說明預定之辦理時間、地點、參與對象、講師資料、課程內容設計應符合參與學員特性...等)。

5.預期效益與評估。

6.經費需求(辦理非藥物療法活動之各項經費)。

## (二)相關文件：

- 1.申請單位之開業執照影本。
- 2.105、106 年內評鑑或督考合格或乙等(含)以上之證明文件。
- 3.參與失智症-非藥物療法活動之學員名冊，以失智症個案為原則並檢附醫師診斷書或身心障礙手冊(失智)、或簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)評估達輕(中)度心智功能障礙等佐證資料。
- 4.講師及助教學經歷之證明文件。
- 5.其他有利本計畫評選相關資料。

## 三、審查說明：

由本局邀集具有長期照護相關專業 3 位審查委員(外聘 1 位與內聘 2 位)，就申請單位提出之申請書依申請桃園市政府衛生局 107 年度長期照護機構「失智症-非藥物療法計畫」審查表(如附件 2)予以書面審查，評分以 100 分為滿分，評審分數皆達 70 分以上者始得以序位法順序及在預算額度內決定評審結果，若有同分情形，依下列順序(服務內容完整性-活動規劃可行性-執行計畫能力)依序評比各評審項目平均分數，分數高者予以核定補助。並以正式函文通知申請單位審查結果，完成合約書(如附件 3)簽約事宜，審核通過單位始得辦理失智症-非藥物療法計畫。

## 陸、申請流程：

- 一、將以函文及網站公開方式公告本計畫及申請規範。
- 二、請符合申請資格之單位就本計畫之補助項目，於公告申請期限內提出申請。
- 三、由本局邀集具有長期照護相關專業之審查委員以書面審查評分，評審分數皆達 70 分以上者始得以序位法順序及預算額度內決定評審結果。
- 四、正式函文通知申請單位審查結果，完成簽約事宜，審核通過單位始得辦理失智症-非藥物療法計畫。

## 柒、補助項目：

### 一、動物輔助治療課程方案：

- (一)透過專業化的活動設計、環境規劃與輔助資源運用下，由動物輔助治療師、動物輔助治療員及治療犬共同執行，於每家機構補助辦理至多 10 場次，經費上限新台幣 5 萬元。
- (二)講師資格：應邀請依法登記、立案之動物輔助治療民間非營利團體（包括學、協會及基金會）組織且取得中級或高級動物輔助治療師證書之服務人員，始得提供動物輔助治療活動。
- (三)合約單位於服務執行過程中，基於考量參與學員之意願或其他因素等，得以正式公文申請提前中止服務，俟本局同意後始得中止。

### 二、其他失智症-非藥物療法方案：

- (一)開辦音樂治療、懷舊治療、認知課程、情緒支持、藝術治療、心理治療、職能治療、園藝療法等失智症相關非藥物療法課程，於每家機構補助辦理至多 10 場次，經費上限新台幣 4.5 萬元。
- (二)講師資格：應由外聘講師及助教辦理（不得為與合約單位同一體系之工作人員或醫事人員），並且具失智症防治、照護經驗或具課程主題相關領域(包括醫師、護理、社會工作、職能治療、物理治療、臨床心理師等)或相關經驗之專家、學者，始得提供非藥物治療課程。
- (三)合約單位於服務執行過程中，基於考量參與學員之意願或其他因素等，得以正式公文申請提前中止服務，俟本局同意後始得中止。

## 捌、補助金額：

### 一、動物輔助治療課程方案：

- (一)本案採固定金額，以場次為單位進行補助，服務時間至少 1.5 小時，每

場次固定費用以新臺幣 5,000 元計，每單位補助至多 10 場次，經費上限為新台幣 5 萬元。

(二)每場次動物輔助治療活動需 1 名動物輔助治療師、2 名動物輔助治療員、及 2 隻動物輔助治療犬共同執行。經費細目說明如下：

| 單場次<br>(1.5小時) | 動物輔助治療師 (1名)   |                     | 動物輔助治療員及治療犬交通費 (2名)      | 一般事務費用<br>(文具紙張、印刷、治療犬配件等課程相關費用) |
|----------------|----------------|---------------------|--------------------------|----------------------------------|
|                | 講師費:1,600 元／小時 | 交通費(來回1趟/場次):350元/趟 | 1名動物輔助治療員及治療犬交通費:500元/場次 |                                  |
| 費用             | 2,400元/場次      | 700元／場次             | 1,000元／場次                | 900元／場次                          |

二、其它失智症-非藥物療法方案：

(一)本案採固定金額，以場次為單位進行補助，服務時間至少 1.5 小時，每場次固定費用以新臺幣 4,500 元計，每單位補助至多 10 場次，經費上限為新台幣 4 萬 5,000 元。

(二)課程內容包括園藝課程、音樂課程、藝術課程等。經費細目說明如下：

| 單場次<br>(1.5小時) | 講師 1,600 元／小時(1名) | 助教800元／小時(1名) | 一般事務費用<br>(教具、材料費等) |
|----------------|-------------------|---------------|---------------------|
| 費用             | 2,400元/次          | 1,200元／次      | 900元／次              |

三、本計畫執行至補助金額用罄為止，計畫執行期間若補助金額以用罄，隨即停止受理申請及服務提供；另如遇中央政策生變或地方財政變動，得視情況調整補助標準。

## 玖、補助金額核銷方式：

一、檢具以下資料至本局辦理核銷作業：以長期照護機構、醫療院所或日間照顧中心負責人為本計畫申請人，於執行期限內完成計畫內容，並依限檢具

下列相關資料送本局辦理核銷事宜：

(一)合約單位執行完成課程後 1 個月內繳交成果報告(附件 4，紙本 1 式 3 份及電子檔 1 份)及相關經費核銷應檢具申請領據(附件 5)、補助經費支出憑證簿(附件 6)、補助經費支出憑證明細表(附件 7)、經費支出原始憑證黏貼用紙(附件 8)至本局辦理費用補助申請。

(二)本補助計畫全數需於 107 年 12 月 10 日前繳交辦理費用補助核銷完成。

二、其他費用補助申請相關規定：

(一)印花稅規定：單張領據（服務費）應黏貼單據總金額千分之四印花稅票或加蓋印花稅總繳章。(請以桃園市政府地方稅務局或其所屬分局，依契據性質開立印花稅大額憑證繳款書繳納印花稅)。

(二)匯費規定：如機構金融帳戶屬臺灣銀行帳戶，則免扣匯費；非屬臺灣銀行帳戶，則需內扣匯費。

(三)有關執行業務所得之扣繳規定：依據我國相關財稅法令規定辦理。

## 壹拾、使用監督

一、執行期間內若有任何變更(課程時間、內容及學員更換)，最遲應於更動前 1 周函告知本局，並取得同意後更動。

二、執行期間，本局得不定期至課程(活動)現場查訪辦理情形或請合約單位提供計畫實際執行情形及工作報告，合約單位不得拒絕。

三、若核定補助單位，因特殊狀況函文本局提出撤銷補助並經同意後，本局後續將依序辦理順位遞補。

四、本局得隨時派員查核補助經費運用情形，如有使用不當或未依規定辦理核銷者，應追回補助費用且三年內不得申請獎助。

五、申請單位應配合於本市辦理之相關長期照護觀摩會中發表成果，及執行示範-分享經驗與探討。



六、課程辦理成效評估：由失智症-非藥物療法課程提供單位設計量性評估表(如針對參與學員的動作、表達及情緒等面向)進行方案介入前後成效分析，或是於課程執行期間透過互動或觀察參與學員狀態，進行質性資料收集與記錄。

七、課程滿意度分析：

(一)請失智症-非藥物療法課程提供單位，設計課程滿意度問卷並問卷內容須反映參與學員的基本資料、課程意見等。

(二)辦理課程(活動)結束後，由申請單位協助參與學員填寫課程滿意度問卷，交由提供失智症-非藥物療法課程單位彙整分析，並應製作分析資料表及建議事項(含電子檔)併同正本問卷，附於成果報告交本局備查。

**壹拾壹、本計畫奉核後實施，修正時亦同。**

## 桃園市政府衛生局

## 107 年度長期照護機構「失智症-非藥物療法計畫」申請書

## 一、申請單位基本資料：

|                          |                                    |    |    |
|--------------------------|------------------------------------|----|----|
| 計畫名稱                     | 107 年度長期照護機構「失智症-非藥物療法計畫」          |    |    |
| 申請單位(全銜)                 |                                    |    |    |
| 申請單位統一編號(8 位數字)          |                                    |    |    |
| 聯絡地址                     |                                    |    |    |
| 性質                       | 獎補助案（一年期計畫：自簽約日起至 107 年 12 月 10 日） |    |    |
| 負責人                      |                                    | 職稱 |    |
| 方案內容                     | 請勾選有意願之方案內容                        |    | 備註 |
| (一)動物輔助治療課程方案            |                                    |    |    |
| (二)其他失智症-非藥物療法方案         |                                    |    |    |
| 申請補助經費                   | 新臺幣 元整                             |    |    |
| 說明：每家機構只能擇本計畫其中一項方案內容參與。 |                                    |    |    |

申請人簽名 \_\_\_\_\_ 聯絡電話 \_\_\_\_\_

## 二、前言及目的

三、機構營運模式（須包括：地域特性、住民特性分析如疑似或確診失智症個案比例、照護模式、活動空間及設施等）。

## 四、失智症-非藥物療法活動內容

(一)活動地點。

(二)參與對象及人數。

(三)各場次的日期、活動主題、活動內容設計應符合參與學員特性。

(四)講師資料（姓名、學經歷、現職）。

五、預期效益與評估（應說明接受非藥物療法個案前後差異如何評估並檢附佐證資料）

六、經費需求（辦理非藥物療法活動之各項經費）

## 七、相關文件：

(一)申請單位之開業執照影本。

(二)近 2 年內評鑑或督考合格之證明文件。

(三)參與失智症-非藥物療法活動之學員名冊，以失智症個案為原則並檢附醫師診斷書或身心障礙手冊(失智)、或簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ) 評估達輕（中）度心智功能障礙等佐證資料，參與學員人數合計 10 人以上。

(四)其他有利本計畫評選相關資料。

## 八、辦理動物輔助治療課程方案之機構應另檢附以下資料：

(一)依法登記、立案之動物輔助治療民間非營利團體（包括學、協會及基金會）組織等立案證明文件。

(二)動物輔助治療師認證文件。

(三)動物資格認證文件(須於有效期限內)。

**桃園市政府衛生局**  
**107 年度長期照護機構「失智症-非藥物療法計畫」**  
**審查表**

|                                           |                                          |     |               |        |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|-----|---------------|--------|
| 計畫名稱                                      | 桃園市政府衛生局 107 年度長期照護機構<br>「失智症-非藥物療法計畫」計畫 |     |               | 107 年度 |
| 申請單位                                      |                                          | 負責人 |               |        |
| 地址                                        |                                          |     |               |        |
| 評審項目                                      | 配分                                       | 評分  | 審查意見（本項請務必填寫） |        |
| 一、符合優先獎補助條件                               | 15                                       |     |               |        |
| 二、服務內容完整性及預期效益                            | 25                                       |     |               |        |
| 三、活動規劃可行性                                 | 25                                       |     |               |        |
| 四、執行計畫能力（含人員學經歷佐證資料）                      | 25                                       |     |               |        |
| 五、經費編列之合理性                                | 10                                       |     |               |        |
| 總計                                        |                                          |     |               |        |
| 按評審評分結果，依分數排序擇優補助                         |                                          |     |               |        |
| 綜合意見：                                     |                                          |     |               |        |
| 備註：審查人若知本計畫如已獲其他單位獎補助經費，或正向其他單位申請獎補助，請註明。 |                                          |     |               |        |

審查人簽名 \_\_\_\_\_ 聯絡電話 \_\_\_\_\_

獎助優先條件，請委員參考評分

- 一、 護理機構評鑑或督導等第、近兩年本局護理之家稽查情形。

## 桃園市政府衛生局

### 107 年度長期照護機構「失智症-非藥物療法計畫」合約書

桃園市政府衛生局（以下簡稱甲方）為辦理桃園市政府衛生局 107 年度長期照護機構「失智症-非藥物療法計畫」特補助\_\_\_\_\_

（以下簡稱乙方）負責執行，經雙方同意共同遵守下列條款，約定條款如下：

一、計畫內容：依核定及審查修改意見辦理。

二、計畫執行期間：自簽約日起至民國 107 年 12 月 10 日止。

三、計畫經費：補助合計新臺幣\_\_\_\_\_元整，其詳細用途依照附件之計畫書。

四、計畫經費之撥付：本計畫經費由雙方完成簽約後由乙方檢附相關憑證

【詳六、（一）】至本局辦理核銷作業，核實撥付計畫經費，惟甲方預算如遭凍結或刪減不能如期動支，得延後或調整變更經費或中止辦理支付。

五、計畫經費之動支：

（一）本計畫各項經費之支付標準應依桃園市政府所定標準辦理。前項標準未規定者，依政府相關法令規定辦理。

（二）乙方應將計畫經費專戶儲存，依甲方核定之用途明細核實動支，並以用於與本計畫內容直接有關者為限，不得移作他用。

（三）凡經費之動支不符前述規定者，不得核銷。乙方如有異議，可提出相關理由，申請甲方複核。不得核銷之款數，應悉數繳還甲方。

六、計畫經費之核銷：

（一）採一次撥付，計畫執行結束時，乙方應於 107 年 12 月 10 日前，檢具以下資料得免備文繳交至甲方辦理核銷，逾期者每逾 1 日（以送達甲方郵戳為憑）乙方應繳交補助經費總額千分之一之違約金。違約金總數額不超過計畫總經費 20%。

1. 成果報告書紙本 1 式 3 份及電子檔 1 份。

2. 桃園市政府衛生局 107 年度長期照護機構「失智症-非藥物療法計畫」費用補助申請領據 1 份。

3. 領據應黏貼金額千分之四之印花稅票或加蓋印花稅總繳章。（請以桃

園市政府地方稅務局或其所屬分局，依契據性質開立印花稅大額憑證繳款書繳納印花稅)。

七、計畫之變更：計畫於執行期間因故需變更工作項目、時間等，由乙方以正式公文申請變更，俟甲方同意後方得變更。

八、計畫執行情形管制：

- (一) 計畫執行中，甲方得隨時派員至乙方瞭解計畫執行情形或要求乙方計畫主持人向甲方簡報，受補助機構不得拒絕。
- (二) 甲方基於審查業務需要時，得調閱乙方相關記錄資料審查，乙方不得拒絕。
- (三) 受補助機構應於107年12月10日前，檢附相關憑證【詳六、(一)】至本局辦理核銷作業，且成果報告書之規格，簽約後依本局規範辦理。
- (四) 乙方如有特殊原因、不可抗力或其他可歸責於甲方之事由，未能於約定期限內繳交報告，並完成結案手續，亦應於107年11月15日前，以正式公文敘明理由申請延期繳交，並俟甲方同意後始得延期繳交。
- (五) 成果報告經驗收與合約不符，或審查後經通知限期改善，未能如期改善者，甲方得要求乙方全數繳回已撥付之經費或減價收受(減價之金額由甲方視實際情形定之)。

九、計畫主持人未依約履行補助合約內容或成果有抄襲、剽竊之事實或侵害第三人之專利、著作等智慧財產權時，乙方與計畫主持人應負損害賠償之責任，計畫主持人並應負其他法律及行政責任。

十、計畫執行中，乙方應善盡維護環境、參與人員之衛生及安全之責，倘相關工作人員因執行計畫致生命、健康、財產上受侵害時，乙方應自負完全責任，與甲方無涉。

十一、本合約如因可歸責於乙方之事而終止時，甲方得視情況向乙方追繳已撥付之款項，並暫停乙方所有委辦、補助計畫申請案。

十二、乙方對於交付或告知甲方之文件或資料，屬個資文件或註明「機密」資料者，應負完全保密之責任。

十三、如乙方在提供本案服務過程中，造成安全及保密上之事件，歸咎於乙方之責任時，乙方應負所有法律及賠償損害之責任。

十四、合約若有未盡事宜，經甲乙雙方同意，得以補充之，並具與本合約同等效力。合約文字如有疑義時，其解釋權歸屬於甲方。本合約所約定事項如遇有訴訟時，雙方同意以機關所在地之地方法院為第一審管轄法院。

十五、本合約書正本2份、副本2份，甲乙雙方各執2份，分送雙方保存，以資信守。

十六、本合約書自簽署日起生效。

立合約人

甲 方：桃園市政府衛生局

代表人：

電話：334-0935

機關地址：桃園市桃園區縣府路 55 號

簽章：

乙 方：

負責人：

電話：

機構地址：

簽章：

乙方核撥費用之金融帳戶資料：(請檢附銀行帳戶存摺正面影本 1 份)

(1)銀行別：

(2)帳戶名稱：

(3)帳號：

(4)統一編號：

中 華 民 國 1 0 7 年 月 日





桃園市政府衛生局

107 年度長期照護機構「失智症-非藥物療法計畫」成果報告

壹、依據

貳、前言

參、計畫實施期間

肆、參與執行本計畫之相關課程佐證

一、參與課程學員名冊

二、簽到單正本(若學員請假請註明原因)

三、課程內容

四、活動相片(附上說明)

伍、課程辦理成效暨滿意度分析

一、辦理成效分析(如方案介入前後差異量表分析或質性記錄)

二、滿意度問卷調查表分析圖表及統計結果

三、檢附問卷調查表正本(問卷調查表需與簽到單名單相符)

陸、檢討與建議事項

柒、結論

桃園市政府衛生局

107 年度長期照護機構「失智症-非藥物療法計畫」費用補助  
申請領據

| 辦理日期          | 辦理地點 | 辦理場次 | 金額 |
|---------------|------|------|----|
|               |      |      |    |
|               |      |      |    |
|               |      |      |    |
| 總計：新臺幣_____元整 |      |      |    |

註 1：單張領據，需黏附千分之四印花稅票或加蓋印花稅總繳章。(請以桃園市政府地方稅務局或其所屬分局，依契據性質開立印花稅大額憑證繳款書繳納印花稅)。

註 2：本表 1 式 3 份，2 份送衛生局，1 份由申請單位留存。

茲收到 107 年度執行長期照護機構失智症-非藥物療法計畫  
費用補助款

共計新臺幣\_\_\_\_\_元整。

此致

桃園市政府衛生局

單位名稱：\_\_\_\_\_

單位住址：\_\_\_\_\_

統一編號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

入帳戶名：\_\_\_\_\_

入帳金融機構名稱(分行)：\_\_\_\_\_

入帳金融機構帳號：\_\_\_\_\_

製表人員：

單位主管：

負責人：

出 納：

會 計：

中 華 民 國 107 年 月 日

附件 6

機關單位名稱：\_\_\_\_\_

接受桃園市政府衛生局 補助經費支出憑證簿

|                             |          |
|-----------------------------|----------|
| 會計年度：                       | 計畫編號：    |
| 計畫項目：                       |          |
| 衛生局核准日期及文號：                 |          |
| 補助經費新臺幣（大寫）：                |          |
| 支出憑證正本共                     | 張，計新臺幣 元 |
| 在衛生局補助經費項下報支數<br>計新臺幣（大寫） 元 |          |
| 繳回賸餘經費新臺幣（大寫）：              |          |
| 經費孳息金額新臺幣（大寫）：              |          |
| 其他收入金額新臺幣（大寫）：              |          |

機關（單位）審核簽章

|          |      |  |
|----------|------|--|
| 桃園市政府衛生局 | 業務單位 |  |
|          | 會計單位 |  |
|          | 機關長官 |  |
| 接受補助單位   | 業務單位 |  |
|          | 會計單位 |  |
|          | 機關長官 |  |

填表說明：請各接受補助機關（單位）於計畫執行完畢後，連同「經費支出明細表」、「支出憑證」依序裝訂。

受補助單位：\_\_\_\_\_

接受桃園市政府衛生局補助經費支出憑證明細表

會計年度：\_\_\_\_\_ 補助計畫編號：\_\_\_\_\_

補助計畫名稱：\_\_\_\_\_

| 支出日期 |   |   | 摘要            | 支出憑證<br>編號 | 金額（新臺幣元） |    |    |
|------|---|---|---------------|------------|----------|----|----|
| 年    | 月 | 日 |               |            | 合計       | 自籌 | 補助 |
|      |   |   | 合 計           |            |          |    |    |
|      |   |   | 講師費           |            |          |    |    |
|      |   |   | 助教費           |            |          |    |    |
|      |   |   | 人 事 費 小 計     |            |          |    |    |
|      |   |   | 講師交通費         |            |          |    |    |
|      |   |   | 輔助治療員及治療犬交通費  |            |          |    |    |
|      |   |   | 交 通 費 小 計     |            |          |    |    |
|      |   |   | 一 般 事 務 費 小 計 |            |          |    |    |
|      |   |   |               |            |          |    |    |
|      |   |   |               |            |          |    |    |
|      |   |   |               |            |          |    |    |
|      |   |   |               |            |          |    |    |
|      |   |   |               |            |          |    |    |

填表說明：

1. 請依支出憑證編號順序填列，並依補助項目分類列計金額（小計），俾利查核。
2. 如接受二個以上政府機關補助者，應列明各機關補助項目及金額（並填列於自籌欄位）。

## 黏貼憑證用紙

### 經費支出原始憑證用紙

活動名稱：長期照護機構失智症-非藥物療法計畫

機構單位：

- ☐受款人  
☐發票(或收據)開立廠商  
☐詳如受款人清單  
☐扣抵罰賠款\_\_\_\_\_元  
☐轉保固金\_\_\_\_\_元  
☐其他(請列舉並標示金額)

| 傳 票 編號<br>付款憑單 |  |          |        | 金 額 |        |        |        |   |   |   |   |   |  |  |
|----------------|--|----------|--------|-----|--------|--------|--------|---|---|---|---|---|--|--|
|                |  |          |        | 億   | 千<br>萬 | 百<br>萬 | 十<br>萬 | 萬 | 千 | 百 | 十 | 元 |  |  |
| 編號             |  | 預算<br>年度 | 107 年度 |     |        |        |        |   |   |   |   |   |  |  |
| 預算<br>科目       |  |          | 用途說明   |     |        |        |        |   |   |   |   |   |  |  |

| 會計人員 | 總幹事/承辦人 | 負責人或授權代簽人 |
|------|---------|-----------|
|      |         |           |

( 憑 證 黏 貼 線 )

說明：

- 一、對不同工作計畫或用途別之原始憑證請勿混合黏貼。
- 二、本用紙除「傳票(付款憑單)編號」由會計單位填列外，其餘各欄由經辦核銷工作人員填列。
- 三、本用紙憑證黏貼線上端有關人員核章欄，得視各機關實際工作之分工程序自行增列。
- 四、簽署欄位依職稱大小，「由上而下，由左而右」，各單位主管應於騎縫處核章。
- 五、凡提供參考之附件，如不能同時黏貼，則記明某號憑證之附件，按號另裝成冊一併附送，並於憑證簿封面註明上開另裝附件若干件。
- 六、發票為二聯式 須黏貼「收執聯」、三聯式則須黏貼「扣抵聯」與「收執聯」
- 七、須交付原始憑證正本辦理核銷，亦得交付原始憑證影本並另蓋與正本相符之核章及承辦人、會計人員及負責人職章。
- 八、凡是「公司」開立之單據需為「發票」，不得以收據替代，以避免逃漏稅事情發生。

附件：

- ☐發票 張  
☐收據 張  
 (並至財政部稅務入口網之營業登記資料公示查詢)  
☐動支經費請示單或核准辦理文件 張  
☐驗收報告 張  
☐合約書 份  
☐其他文件(需註明文件名稱、份數)