

附件六

機關(單位)名稱：_____

接受衛生福利部公益彩券回饋金補助經費 年度上下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		備註 (受益人 次)
							合計	自籌經費 支出	補助經費 支出			經常門	資本門	

- 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. 「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」欄所列係指本部核定之補助金額。
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，本部據以備查建檔結案。
4. 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： _____