

衛生福利部 收 支 明 細 表

受補助單位：_____ (請填受補助單位全稱)

計畫名稱：109 年度注意力不足過動症衛教推廣計畫

核撥 (結報)	第一次核撥日期 年 月 日	第二次核撥日期 ----年----月----日	
	金額 \$ 元	金額 \$ 元	
	第一次結報日期 ----年----月----日	第二次結報日期 ----年----月----日	
經費預算核撥數		第一次餘(絀)數 金額 \$ 元	第二次餘(絀)數 金額 \$ 元
業務費			
管理費			
小計			
餘(絀)數			
備註	利息收入：\$_____元、其他衍生收入：\$_____元，(經費結報時，利息金額為 300 元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本部；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本部)。		

製表人

覆核

會計人員

單位首長
(簽約代表人)

(說明：繳交期中報告、期末報告時應附本表，列印時請刪除本行)