原住民族委員會
116年度原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助計畫

115年10月30日原民社字第1150052953號函頒定

壹、 計畫目的

截至114年底止我國身心障礙者人數共有125萬5,789人，其中原住民身心障礙者計有2萬650人，佔原住民族總人口數3.34%，當中障礙程度被認定為極重度障礙者有2,722人，重度者障礙有3,382人，中度障礙者有6,224人，輕度障礙有8,322人。

原住民族地區因地理環境特殊、幅員遼闊且交通不便捷，導致醫療資源可及性及專業人員不足，因此原住民身心障礙者若須獲得較專業的照護，往往就必須仰賴住宿式機構或身心障礙福利機構服務，一來減少頻繁接送的舟車勞頓，二來住宿式機構較能提供具專業的照護，減少被照顧者因不當的照護行為造成感染或其他傷病。

目前政府提供身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助最高新臺幣2萬2,100元，原住民身心障礙者於住宿式機構內之部分養護費自付額以及生活資材費用如醫療耗材、衛生用品及營養品…等生活資材仍須家屬另行添購，實為原住民身心障礙者家屬沉重的負擔。

考量原住民族家庭經濟條件與接近服務之相對不利處境，為維護原住民身心障礙者之身心健康，減輕原住民族家庭之經濟負擔，針對原住民身心障礙者機構式服務需求，提供更為妥適安穩的生活照顧，爰訂定本補助計畫，賡續協助原住民身心障礙者之生活照護，據以具體落實政府照顧原住民族的政策。

貳、計畫目標

一、經濟安全—減輕家庭經濟負擔支出取得平衡。

二、養護服務—協助原住民身心障礙者養護服務。

三、健康維護—維護原住民身心障礙者身心健康。

四、生活照顧—提升原住民身心障礙者生活照顧。

參、實施期程

一、本計畫實施期程自116年1月1日至116年12月31日止。

二、計畫受理申請期限至116年4月30日止，或於經費用罄時即告終止受理。

三、前項所列之申請期限為執行單位向直轄市及縣(市)政府提出申請計畫之期限，以郵戳為憑，逾期不受理。

四、為避免影響族人權益，直轄市及縣(市)政府應於收到申請案10日內，擬具初審意見核轉本會審查。

肆、主協辦單位

一、主辦機關：原住民族委員會

二、承辦機關：直轄市及縣(市)政府

三、執行單位：以財(社)團法人住宿式機構(不含榮民之家)及經主管機關認可提供身心障礙者照顧服務之財團法人社會福利機構為限。

伍、申請程序及補助標準

一、**申請方式**：執行單位向直轄市及縣(市)政府提出申請。受理申請之直轄市及縣(市)政府應確實審查申請補助計畫書，並

依下列事項擬具初審意見核轉本會審查，並協助申請本計畫之補助經費：

(一)執行單位實施計畫之地點及各項設施環境是否顧及原住民身心障礙者之需要。

(二)執行單位每月養護安置費用，須不含本計畫補助項目費用。

(三)計畫內容是否符合整體性需求。

(四)計畫執行後是否可達預期效益。

(五)是否符合申請條件及補助標準。

(六)應備文件是否齊全並符合規定。

(七)有無向本會重複申請補助情事。

二、 應備表件：

(一)計畫申請表（如附件1）。

(二)執行計畫書（如附件2）。

(三)申請補助名冊暨經費概算表（如附件3）。

(四)立案證書影本。

(五)法人登記證書影本。

(六)公共意外責任保險投保證明。

(七)受補助服務對象之縣市政府身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用核定公文。

(八)補助對象身心障礙證明(正、反面影本)。

(九)補助對象中、低收入戶證明書。

(十)機構捐助章程。

(十一)機構存款存額證明書。

(十二)機構收費標準及項目證明。

三、 申請條件及補助標準：

(一) **申請單位：**即執行單位，以財(社)團法人住宿式機構(不

含榮民之家)及經主管機關認可提供身心障礙者照顧服務之財團法人社會福利機構。

（二）**補助對象應具備下列三項條件：**

1. 經地方政府核定補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用之原住民(限住宿養護者)。
2. 接受符合本計畫規定之執行單位服務。
3. 未接受其他公部門生活資材費用補助項目。

（三）**補助標準及金額：**由執行單位統一辦理申請：

障礙程度	經濟程度	每月<u>最高</u> 補助金額	備註
輕度	列冊低收入戶	5,000元	本會得視計畫申請狀況及經費賸餘款，按比例調整補助金額。
	列冊中低收入戶	4,500元	
	一般戶	3,000元	
中度	列冊低收入戶	5,200元	
	列冊中低收入戶	4,600元	
	一般戶	3,100元	
重度 極重度	列冊低收入戶	7,200元	
	列冊中低收入戶	6,100元	
	一般戶	4,100元	

（四）**補助優先順序：**考量補助對象經濟程度及障礙程度，其補助優先順序如下：

補助順序	經濟程度	障礙程度
1	列冊低收入戶	重度、極重度
2	列冊低收入戶	輕度、中度
3	列冊中低收入戶	重度、極重度
4	列冊中低收入戶	輕度、中度
5	一般戶	重度、極重度
6	一般戶	輕度、中度

（五）**補助項目：**(如附件4)

1. 個人衛生耗材（如紙尿片、紙尿褲、看護墊、濕紙巾、衛生紙等）
2. 住民須自費之醫療耗材(鼻胃管、抽痰管、點滴針頭等)。
3. 營養品(非一般食材及三餐)。

（六）執行單位行政管理費：(如附件3)

1. 補助服務對象核定5名以下：20,000元
2. 補助服務對象核定6名至15名：30,000元
3. 補助服務對象核定16名至30名：40,000元
4. 補助服務對象核定30名以上：50,000元

四、 行政管理費得支應辦理本計畫執行所需之行政作業及事務性支出，包括文具用品、紙張、印刷、影印、郵費、電腦耗材及其他與本計畫執行、申請、聯繫、核銷及成果彙整等相關之必要行政支出，不得支應與本計畫無關之支出，並依相關補助經費核銷規定辦理。

五、 注意事項：

（一）執行單位所規劃之服務項目、工作事項、實施方式及實施期程等內容，應配合接受原住民身心障礙者之慣習，視其需求合理調整服務內容，使計畫具有彈性及可行性。

（二）執行單位應優先結合在地現有空間及相關照顧服務人力，並提供合適、安全及便利之場所。

陸、 經費撥付及核銷

一、 經費撥付：本計畫補助款分2期撥付。

（一）第1期款：為核定補助金額之50%，於計畫核定後憑領據(如附件5)撥付。

（二）第2期款：執行單位應於116年12月10日前將以下核銷資料函送本會審查並辦理核銷結報：

1. 第2期款領據(扣除第1期款並依核定金額內之實際支用數

撥付第2期款)。

2. 各機關單位經費補(捐)助分攤表(如附件6)。
3. 費用結報明細表(如附件7)。
4. 執行單位執行計畫切結書(如附件8)。
5. 補助對象各月份受補助確認表(如附件9)。
6. 補助對象年度清冊一覽表(如附件10；應明列補助對象每月安置費用收取項目及金額，另亦明列生活資材已補助項目及金額，每月請本人簽名或蓋章，如本人無法簽名及蓋章，請由監護人代為簽名或蓋章，並需檢附證明文件)。
7. 執行成果報告書(如附件11)。
8. 電子檔光碟(執行成果報告書及所含照片等)。

二、 經費核銷：

(一) 執行單位應依政府會計相關法令辦理經費核銷事宜。

(二) 本補助款針對個別族人專款專用、覈實支付且不得移作他用，並按核定計畫內容切實執行，不得任意調整，其每月賸餘款應按實際支用額度於結報核銷時併同繳回。

(三) 受補助人數異動及補助金額變更：受補助對象如因新增入住、死亡、退住或其他特殊情形，致受補助人數有所異動，應即函報本會，詳述變更理由並檢附相關資料，經本會同意後辦理變更核定；至補助金額之調整，本會於116年11月10日前，將彙整年度內受補助人數異動情形重新核定經費；逾時函報變更人數者，原則上不再變更核定補助經費。

(四) 年度結報及經費核銷：執行單位應於116年12月10日前，依最終核定之補助金額及實際執行情形核實結算，並檢附相關結報資料辦理核銷；如有溢領補助款，應依規定繳回。

柒、 督導及管考作業

一、 直轄市及縣(市)政府對轄內經核定受補助單位應負監督之責

任及給予必要之協助，依實地查核訪視紀錄表(如附件12)定期或不定期抽查補助案件之實際執行情形，另本會得派員參與之，俾實地瞭解計畫實施情形及服務成效。

二、 本會得定期或不定期針對受本會補助之機構，以抽查方式查核實際執行情形。

（一）查核結果如有下列情形者應儘速檢討改善，本會得於一定期間內不再給予補助：

1. 未確實依相關規定辦理。
2. 經費未確實依補助用途支用。
3. 未積極執行計畫，致工作事項延宕或停擺。

（二）本會得委託會計師針對年度受補助之單位不定期進行補助經費之帳目稽查工作。

三、 補助經費執行率低於90%之機構，本會得列入隔年補助之參考。

捌、預期效益

一、質化效益

（一）提升身心障礙者所使用之個人衛生耗材、醫療耗材及營養品品質。

（二）提升身心障礙者安全舒適、多元化之照顧服務，及妥適照顧資源。

（三）鼓勵地方政府及民間團體共同推展兼顧原住民族文化安全的社會福利服務，協助原住民族身心障礙者機構式服務之多層級照護服務模式，以增進原住民族社會福祉。

二、量化效益

（一）補助230名原住民身心障礙者之機構式服務生活資材費用。

（二）減輕230個家庭經濟負擔與照顧壓力，增進原住民族家庭福祉。

玖、經費來源：本計畫由116年度原住民族就業基金—公益彩券回饋金支應。

壹拾、 附件資料

編號	附件名稱
附件1	計畫申請表
附件2	執行計畫書
附件3	申請補助名冊暨經費概算表
附件4	建議補助項目
附件5	領據格式
附件6	各機關單位經費補(捐)助分攤表
附件7	費用結報明細表
附件8	執行單位執行計畫切結書
附件9	補助對象各月份受補助確認表
附件10	補助對象年度清冊一覽表
附件11	執行成果報告書
附件12	實地查核訪視紀錄表

附件1—計畫申請表

<table>
<tr><td colspan="7">原住民族委員會116年度原住民身心障礙者機構式服務
生活資材費用補助計畫申請表
單位：新臺幣（元）</td></tr>
<tr><td>申請單位</td><td colspan="3"></td><td>地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>核准機關、日期、文號</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">負責人</td><td>職 稱</td><td></td><td rowspan="2">業務聯絡人及電話</td><td>聯 絡 人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>姓 名</td><td></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>計畫名稱</td><td colspan="3"></td><td>計畫執行期程</td><td colspan="2">116年 月 日至
116年 月 日</td></tr>
<tr><td>內容概要</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>預期效益</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>計畫總經費</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">直轄市或縣市政府補助生活資材之經費</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>自籌款</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">其他單位補助經費（請詳填）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>中央部會補助經費</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">申請原住民族委員會補助經費</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>最近三年曾獲原住民族委員會補助之計畫名稱及金額</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>應備表件</td><td colspan="6">□計畫書(含經費概算表) □立案證書影本 □法人登記證書影本
□公共意外責任保險投保證明 □受補助服務對象之縣府核定公文
□身心障礙證明(正反面影本) □機構捐助章程
□機構存款存額證明書□機構收費標準及項目證明□其他有關文件</td></tr>
<tr><td>直轄市及縣(市)政府初審意見及核章</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">核 章</td><td>承辦人</td><td>科(組)長</td><td>處長</td><td>副局長</td><td colspan="2">局長</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>提 送 日 期</td><td colspan="6">中華民國 116年 月 日</td></tr>
</table>

附件2—執行計畫書參考格式

（機構名稱）

116年度原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助

執行計畫書

（機構照片）

實施期程：116年　　月　　日　至　116年　　月　　日

主辦機關：原住民族委員會

承辦機關：(各縣市政府)

執行單位：(機構名稱)

執行單位地址：

統一編號：

機構電話：

承辦人：

目錄

壹、 計畫名稱

貳、 計畫源起

參、 計畫目的

肆、 實施地點

伍、 機構簡介

一、 機構服務對象

二、 機構收費標準

陸、 計畫實施方式

一、 補助對象

二、 補助內容

三、 補助方式

柒、 申請補助名冊暨經費概算表

捌、 預期效益

玖、 經費來源

【註】

1、各項目所列金額應與申請補助名冊暨經費概算表所列各項總金額相符。

2、如有同時接受其他政府機關補助之生活資材費用，請於下表增列項目欄—「其他政府機關補助金額」並填具補助總額，無則免之。

項目	金額	備註
計畫總經費		
原住民族委員會 補助總額		補助人數計____人 （男__人；女__人）
自負額總額		

附件3—申請補助名冊暨經費概算表

（執行單位名稱）

116年度原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助計畫－**申請補助名冊暨經費概算表(單位:新臺幣元)**

序號	姓名 身份證字號	性別	族別	出生年月日	戶籍地址	障礙等級	經濟程度（低收入戶、中低收入戶、一般戶）	補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助核定公文	預估每月生活資材費(A)	申請原民會每月生活資材費補助(B)	申請月份(C)	預估生活資材費總額(A*C=D)	申請原民會生活資材費補助總額(B*C=E)	自負額總額(D-E=F)	備註
範例	王小明 U123456789	男	布農族	65.2.1	新北市新莊區中平路439號	中度	低收入戶	115.02.22 xxxx 第 11400xxxxx 號	5,200	6,000	12	62,400	72,000	9,600	
範例	李阿花 U221123123	女	阿美族	70.5.8	新北市新莊區中平路439號	重度	中低收入戶	115.02.25 xxxx 第 11400xxxxx 號	6,100	6,500	12	73,200	78,000	4,800	
申請補助服務對象2名 執行單位行政管理費													20,000		

合 計	計畫總經費	申請原民會補助總額	自負額總額

男性： 名

女性： 名

總計： 名

附件4—建議補助項目

衛生	醫療	營養品	其他
尿布	口罩	營養品(非一般食材)	乳膠手套
清潔液	血糖試紙	奶粉	垃圾袋
凡士林	生理食鹽水	糖飴	色袋
復健褲	棉球	高蛋白素	膠帶
看護墊	棉棒	纖維粉	透氣膠布
紙尿褲	紗布	營養補充品	暖暖包
尿片	酒精棉片	補體素	潤滑劑
衛生紙	體溫計	膳食	臉盆
濕紙巾	酒精	甘油球	
衛生棉	抽痰管	蔓越莓益生菌	
毛巾	額溫槍	快凝寶	
沐浴乳	灌食空針	浣腸球	
洗髮乳	注射空針	發泡錠	
牙膏	頭皮針	益生菌盒	
香皂	氧氣機	酵素	
牙刷	氧氣筒	鈣片	
拋棄式刮鬍刀	漱口水	葉黃素	
剃痣刀	管食空針	麥片	
尿袋	香港腳噴霧	可醫喉	
約束帶	蚊蟲藥	暈車藥	
口腔清潔組	口角炎藥膏	嘴破口腔錠	
外傷藥膏	皮膚藥膏	胃藥	
漂白水	鈣鎂ｂ群發泡錠	雞精	
優碘	瘀青藥	米蛋白	
脹氣膏	灰指甲藥	餅乾	
紫雲膏	凝膠	玉珍米	
爽身粉	口內膏	小安素	
耳溫套	透明敷料	精製魚油	
氧氣面罩	吸鼻器	Ｂ群	
壓舌板	氧氣鼻管	愛麗明山桑子	
減菌包	氧氣延長管	綜合礦物質	
網狀繃帶	鼻胃管	維生素ｃ	
隔離衣		維他命	
餵食桶		鈣強化錠	
灣盆		蜆錠	
乾洗手液(乳)		葉黃素	
		米麩	

附件5—領據格式

領　　據

茲收到　原住民族委員會 **116年度原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助計畫**第　期補助款(含行政管理費　萬　仟　佰　拾　元整)共計新臺幣　佰　拾　萬　仟　佰　拾　元整，業經收訖立據為憑。

如因故無法履行補助條件，將依　貴會規定，退回部份或全部補助款。

此致

原住民族委員會

經手人（出納）:　　（**簽章**）身分證字號：

會計：　　（**簽章**）身分證字號：

負責人：　　（**簽章**）身分證字號：

具領單位名稱：　　（**簽章**）主管機關登記字號：

統一編號：

（蓋社團圖記或公司章）　　住　　址：

中　華　民　國　　年　　月　　日

【請詳填以下資料並檢附存摺封面影本，以利本會歸檔及撥款】

本會補助公文函號：

計畫名稱：

聯絡人姓名：

聯絡人電話：　　傳真：

聯絡人地址：

【撥款帳戶資料】＜為免錯誤請註明分行、分社、支庫或辦事處之詳細名稱＞

金融名稱：

戶名：　　帳號：

附件6—各機關單位經費補(捐)助分攤表

（受補助單位）

計畫或活動名稱：　　（填寫貴機構所送之計畫名稱）

各 機 關 單 位 經 費 補（捐）助 分 攤 表

補（捐）助 機 關 單 位	補（捐）助項目及金額 生活資材費、行政管理費	所 占 比 例
原住民族委員會		
自籌部分		
合　計（經費總額）		100%

項目	金額	應繳回比例	應繳回金額
利息收入			
衍生收入			

承辦人　　主辦出納　　主辦會計　　負責人

附件7—費用結報明細表

受補(捐)助或
委 託 單 位：

費用結報明細表

年度：　　年　　月　　日　　第　　頁

計畫名稱		全部計畫或活動經費總額	

支用內容										
編號	用途別	摘要	金額						
			佰	拾	萬	仟	佰	拾	元
		行政管理費							
		自籌款							
		合　　計							

註：

1. 用途別欄請填列本計畫補助項目（如：生活資材費、行政管理費）。

2. 摘要欄請列受補助人姓名及補助期間（如：補助王小明1月至12月生活資材費）。

3. 最後合計金額應為全部計畫或活動實際執行經費總額。

承辦人　　主辦出納　　主辦會計　　負責人

執行單位執行計畫切結書

本機構

向原住民族委員會申請116度**原住民身心障礙者機構式服務生活資材費用補助計畫**，補助本機構服務對象-身心障礙原住民共＿＿＿＿＿人，實際支用金額計＿＿＿＿＿＿＿元(補助對象清冊如後附)；本補助款專款專用，並未移作他用，且按核定計畫內容切實執行，未有任意調整之情事，如有不實，本機構同意歸還已領取之補助款項，並負一切法律責任。特此切結為憑。

機構名稱：　　（社團圖記或公司章）

主管機關登記字號：

統一編號：

住址：

負責人：　　（簽章）　身份證字號：

中 華 民 國　　年　　月　　日

附件9—補助對象各月份受補助確認表

補助對象各月份受補助確認表

補助對象：_____　　障礙等級：_____
身分證字號：_____
補助月份：___月

機構每月收費項目/金額(元)	本會核定生活資材每月補助	實際支用數	機構或補助對象自負額	本會補助賸餘款	本人簽名（蓋章）
月費 /00元 管路或特殊照護費/00元 復健費/00元 因病就診費/00元 個人衛生用品/00元 口罩*20、生理食鹽水*6、鈣片*40、/00元 紙尿褲*50、氧氣延長管*5、鼻胃管6/00元	6100	5500	0	600	

註：1. 本表應由機構**按月**依受補助情形通知補助對象簽名或蓋章。

2. **若本人無法簽名及蓋章，請由監護人代為簽名或蓋章，並需檢附證明文件。**

3. 如表格不足請執行單位自行增列。

4.請依據【附件4-建議補助項目】，詳列補助對象之每月使用資材用品。

附件10—補助對象年度清冊一覽表

補助對象年度清冊一覽表

序號	補助對象 身分證字號	生活資材全年補助項目	本會核定生活資材 全年補助總額	本會補助賸餘款總額	本人簽名 （蓋章）
範例	王小明 A123456789	尿布80片；亞培安素50罐；抽痰包30份、酒精棉片50片	49,200		

註：1. **若本人無法簽名及蓋章，請由監護人代為簽名或蓋章，並需檢附證明文件。**

2. 如表格不足請執行單位自行增列。

附件11—執行成果報告書參考格式

（單位名稱）辦理

（機構所送計畫名稱）成果報告書

填報日期：　年　月　日

壹、　前言

貳、　實施期程

116年___月___日至116年___月___日

參、　本計畫服務對象概況

編號	受補助人	性別	族群別	障礙程度	低收入戶/中低收入戶/一般戶	生活資材項目	金額(新臺幣/元)
範例	王小明	男	布農族	中度	低收入戶	尿布80片；亞培安素50罐；抽痰包30份、酒精棉片50片。	49,200
						合計	（實際支用數總額）

肆、　投入資源

一、　人力資源

二、　物質資源

伍、　達成成效

陸、　成果照片

附件12—實地查核訪視紀錄表

訪視紀錄表

公益彩券回饋金補助計畫查核訪視紀錄表

用途主軸：□促進就業　□增進福利　　訪視日期：　年　月　日

<table>
<tr><th colspan="6">項一：基本資料</th></tr>
<tr><td>訪視機關</td><td colspan="2"></td><td>訪　視　委　員</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受訪視單位</td><td colspan="2"></td><td>受訪視單位人員</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>計畫名稱</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>計畫補助金額</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>計畫執行期間</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>核定計畫內容</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>前次查核意見</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><th colspan="6">項二：形式審查</th></tr>
<tr><th rowspan="2">訪 查 項 目</th><th rowspan="2">執　行　情　形</th><th colspan="4">查核結果</th></tr>
<tr><th colspan="2">進度相符</th><th colspan="2">憑證出示</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>是</td><td>否</td><td>是</td><td>否</td></tr>
<tr><td colspan="6">一、預算執行情形</td></tr>
<tr><td>1.經費支用情形</td><td colspan="5">預定支用數_____元、實際支用數_____元、預算執行率____%</td></tr>
<tr><td rowspan="5">2.計畫經費管理</td><td colspan="5">(1)憑證由專人保管。</td></tr>
<tr><td colspan="5">(2)計畫經費專人管理，且專款專用。</td></tr>
<tr><td colspan="5">(3)按時發放進用人員薪資。</td></tr>
<tr><td colspan="5">(4)確實辦理進用人員勞健保。</td></tr>
<tr><td colspan="5">(5)核銷單據之店家營業登記證明 。</td></tr>
<tr><td colspan="6">二、計畫執行情形</td></tr>
<tr><td>1.計畫執行進度</td><td colspan="5">預定進度(%)_____ 實際進度(%)
進度差異(%)</td></tr>
<tr><td rowspan="7">2.計畫管理情形</td><td colspan="5">(1)依規定進用失業者</td></tr>
<tr><td colspan="5">(2)進用人員配置地點與計畫</td></tr>
<tr><td colspan="5">(3)進用人員是否具原住民身份</td></tr>
<tr><td colspan="5">(3)進用人員確實簽到，出勤紀錄表由專人管理</td></tr>
<tr><td colspan="5">(4)進用人員未與其他計畫重複</td></tr>
<tr><td colspan="5">(5)依規定標示「公益彩券回饋金補助」字樣。</td></tr>
<tr><td colspan="5">(6)其他：</td></tr>
<tr><td colspan="6">三、計畫效益</td></tr>
<tr><td rowspan="3">1.累積受益人數</td><td colspan="2">補助就業___人</td><td colspan="3">促進就業_____人</td></tr>
<tr><td colspan="2">訓練課程___班　　人</td><td colspan="3">課輔或課後照顧____班___人</td></tr>
<tr><td colspan="2">社會福利服務___人、___人次</td><td colspan="3">經濟收益數_____元</td></tr>
<tr><td>2.計畫量化效益</td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">3.計畫質化效益</td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4.可行性社會回饋機制</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>5.持續運用之相關產出</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>形式審查整體執行情形</td><td colspan="3">□符合進度，賡續保持
□稍有不符，限期改正
□嚴重不符，立即改正</td><td colspan="2">其他意見：</td></tr>
</table>

公益彩券回饋金補助計畫查核訪視紀錄表

用途主軸：□促進就業　□增進福利　　訪視日期：___年___月___日

項一：基本資料			
訪視機關		訪視委員	
受訪視單位		受訪視單位人員	
計畫名稱			
計畫補助金額			
計畫執行進度	第1季經費達成/目標、第2季經費達成/目標 第1季工作達成/目標、第2季工作達成/目標		
縣市政府第2季查核意見			

項二：查核委員考核結果及意見			
考核結果	符合計畫目標 □是 □否	符合計畫效益 □是 □否	計畫執行待改善 □是 □否
查核建議			

訪視委員簽名		受補助單位簽名	