

總領據

茲收到臺北市政府社會局____年度補助辦理「社區照顧關懷據點」補助經費共計新臺幣____萬____仟____百____拾____元整。

此 據

蓋單位圖記處

具領單位：

統編：

詳細地址：

聯絡電話：

戶名：

銀行別：

銀行代碼：

帳號：

會計：

出納：

負責人：

(會計人員不得與出納人員為同一人)

中 華 民 國 年 月 日

臺北市政府社會局補助(單位名稱) 辦理 113 年度社區照顧關懷據點經費執行概況表

單位:元

核定項目	社會局核定補助金額	本次核銷憑證編號	核銷金額(A)	核銷金額(B)	備註(如其他單位補助、自籌金額、各項金額等)
合計	0	0	0	0	

受補助單位其他衍生收入及處理方式說明：(請參照臺北市政府各機關對團體及個人補(捐)助預算執行應注意事項)

1. 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。
2. 其他衍生收入(如課程報名費、共餐費用等，請敘明收費方式)：

團體圖記		負責人簽章	
說明	●本表金額如有塗改，請經辦人核章。		

黏貼憑證用紙

憑證編號	項 目	申請補助金額(阿拉伯數字)							用途說明 (阿拉伯數字)
		千 萬	百 萬	十 萬	萬	千	百	十 元	
									憑證總額：_____元
									申請補助：_____元
									自籌：_____元

經辦人	會計	負責人

憑 證 粘 貼 線

注意事項：

- 受款人：機關全銜。
- 時 間：年、月、日。
- 印 章：商號正式印章。
- 地 址：縣市街巷門牌。
- 財務或營繕：名稱規格數量。
- 單 位：儘可能用標準制。
- 金 額：單價、總價(需相符)。
- 實 收：中文大寫。
- 用 途：詳細具體。
- 用 印：照規定貼並消印。
- 更 改：商號加章負責。
- 無 效：擦刮挖補塗改鉛筆書寫墨跡不勻。
- 外 文：應翻中文。
- 外 幣：應折新台幣及註明折合率。
- 廣告或印刷：附樣本或樣張。
- 電報或國際電話費：附電報、電話通話事由申請單。
- 旅 費：附旅費報告表。
- 餐 費：附名單。
- 工程費：附合同圖說。
- 大宗郵件：附郵寄文件清單。
- 領 款：加蓋「銀貨兩訖」及領款人私章，其由支付處執行付款者，應註明「貨物已驗收，貨款已由支付處以某某號憑單簽發」。

說明：

- 本用紙除「憑證編號」及「預算科目」兩欄由會計部門填列外其餘由經辦報銷工作之事務人員填列。
- 本用紙憑證黏貼線上端有關人員核章欄之欄數得視各機關經理財務工作之實際分工程序自行增列。
- 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外附件若干件。

支 傳	
出 票	
付 憑	
款 單	
附 件	
請修、購單	張
估價單	張
圖說	張
樣本	張
驗收報告	張
單據	張
其他文件	張

臺北市政府社會局補助(單位名稱) 辦理社區照顧關懷據點

113 年度添購財產目錄

中華民國 年 月 日

財產 編號	採購項 目名稱	廠牌/ 型號	購置 時間	單價	數量	採購 金額	放置 地點	說明

(設備請黏貼「財政部公益彩券統一識別標誌」、「臺北政府社會局補助」字樣及財產編號。)

(設備照片)	(設備照片)
(設備照片)	(設備照片)

製表人：

**(據點名稱)辦理臺北市府社會局社區照顧關懷據點
「志工服務」請領清冊**

姓名	戶籍地址		服務日期	單價*次 數	總金額	簽名
身分證字號	生日	年齡				
許○○	台北市大安區復興南路 2段78巷30弄7號2樓 之1		5/3、5/8、5/9、 5/10	200 * 4	800	
E200804○○○	1954-10-01	67				
簡○○	台北市大安區八德路二 段14號5樓		5/4、5/10、5/11	150 * 4	600	
H220046○○○	1959-09-03	62				
總計：壹仟肆佰元 (1,400) 整						

備註：

1. 已請領志工費之人員不得列計食材費補助人次。
2. 每人每次服務(至少3小時)以150元為限。
3. 65歲以上長青志工每次服務補助加給50元，為200元(滿65歲計算至生日當天)。

製表人：

負責人：

講師鐘點費領據

茲收到(單位名稱) ____年度辦理社區照顧關懷據點講師鐘點費新臺幣____萬
仟____佰____拾____元整。

授課名稱：_____

授課時段：每週____，__：__至__：__。

授課日期：____年____月____日(請詳列每次上課日期)

授課時數：共____小時

單價：

內聘____元 外聘____元

簽領人(簽名)：

身分證統一編號：

出生年月日：

戶籍地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

房租費領據

茲收到_____ (單位名稱) _____ (____年度) 辦理社區照顧
關懷據點_____ 月份之房租費共計新臺幣____萬____仟____百
____拾____元整。

收領人(簽章)：

身分證統一編號：

出生年月日：

戶籍地址：

聯絡電話：

中華民國

年

月

日

人事費領據

茲收到____(單位名稱)____年度辦理社區照顧關懷據點人事鐘點費新臺幣____萬____
仟____佰____拾____元整。另前揭單位已依勞動基準法相關規定為本人投保。

1. 兼職： 兼職行政助理員 兼職餐飲規劃員 兼職日托員

月份：_____月

時數：共計_____小時

單價：186 元/時

2. 專職： 專職輔導人員

月份：_____月

單價： 3 萬 1,500 元/月

收領人(簽名)：

身分證統一編號：

出生年月日：

戶籍地址：

聯絡電話：

中華民國

年

月

日

(據點名稱)

辦理臺北市政府社會局社區照顧關懷據點兼職人事費簽到表

■ 兼職人員 姓名：陳○○ 113 年 01 月

日期	服務起訖時間	時數	日期	服務起訖時間	時數
1	13:31:03 ~ 18:37:32		16	09:26:48 ~ 16:10:50	
2	13:54:12 ~ 19:42:48		17	09:16:59 ~ 16:35:09	
3			18		
4			19		
5			20	08:55:13 ~ 16:33:35	
6	12:38:43 ~ 16:15:23		21	09:05:39 ~ 15:58:11	
7	09:34:20 ~ 17:00:08		22	08:51:30 ~ 16:20:26	
8	09:01:20 ~ 16:42:34		23	09:18:50 ~ 15:51:44	
9	13:56:59 ~ 16:31:40		24	09:12:13 ~ 15:33:36	
10	09:24:59 ~ 16:42:40		25		
11			26		
12			27	13:46:52 ~ 16:51:30	
13	09:56:32 ~ 17:00:09		28	09:10:12 ~ 08:00:00	
14	09:11:20 ~ 16:49:33		29		
15	09:00:33 ~ 16:01:56		30		
合計 156 小時			簽名		

每小時補助 186 元，每日補助以 8 小時為限，每月最多補助 3 萬 1,500 元，同一時段至多可申請核銷 2 名兼職人員費用

製表人：

(據點名稱)

辦理臺北市政府社會局社區照顧關懷據點專職人事費簽到表

■專職人員 姓名：陳○雲

113 年 01 月

日期	服務起訖時間	時數	日期	服務起訖時間	時數
1	13:31:03 ~ 18:37:32		17	09:16:59 ~ 16:35:09	
2	13:54:12 ~ 19:42:48		18		
3			19		
4			20	08:55:13 ~ 16:33:35	
5			21	09:05:39 ~ 15:58:11	
6	12:38:43 ~ 16:15:23		22	08:51:30 ~ 16:20:26	
7	09:34:20 ~ 17:00:08		23	09:18:50 ~ 15:51:44	
8	09:01:20 ~ 16:42:34		24	09:12:13 ~ 15:33:36	
9	13:56:59 ~ 16:31:40		25		
10	09:24:59 ~ 16:42:40		26		
11			27	13:46:52 ~ 16:51:30	
12			28	09:10:12 ~ 08:00:00	
13	09:56:32 ~ 17:00:09		29		
14	09:11:20 ~ 16:49:33		30		
15	09:00:33 ~ 16:01:56		31		
16	09:26:48 ~ 16:10:50				
薪資	31,500	簽名			
總時數	160				

每月工作須達 160 小時，每日補助以 8 小時為限，每月最高補助 3 萬 1,500 元。

製表人：

社區照顧關懷據點憑證說明切結書

(單位名稱)辦理____年度社區照顧關懷據點，已詳閱 113 年度臺北市政府社會局補助辦理社區照顧關懷據點實施計畫各類型據點之補助項目及標準，本誠信原則對所提之支用單據之支付事實及真實性負責，茲切結本次核銷：

- 一、 未重複請領相關補助經費，並已核實講師之內外聘資格。
- 二、 一般業務費支用單據已按月造冊，並自行留存備查。
- 三、 地址：____區____路____段____巷____號____樓之抬頭與申請單位不符之憑證(如水費、電費、租賃契約等)經確認等同於辦理據點產生之費用。
- 四、 無為增加利益任意修改銀髮族方案補助平台匯出之資料。

如有虛偽、隱匿聲明事項情事者，願負一切法律責任。

此致 臺北市政府社會局

立書人(單位全名)：

負責人(簽名及蓋章)：

統一編號：

地址：

聯絡電話：

請蓋單位圖記

臺北市政府社會局補助(單位名稱)辦理社區照顧關懷據點 (申請補助項目)支出分攤表			
單據金額：			
申請金額：			
年月份	比例	分攤金額	說明
___年			1. ___年之金額於___年以單據影本+分攤表正本+保單影本核銷。 2. 正本憑證放置於___年度。
___年			
合計			

填表人：

臺北市政府社會局補助(單位名稱)辦理社區照顧關懷據點 (申請補助項目)支出分攤表		
所屬年度月份：___年度___月份	單據金額：	
分攤單位名稱	分攤基準	分攤金額
合計		

填表人：

雇主應負擔保費明細總表

姓名	兼職：					專職：				
	健保	勞保	勞退	合計	申請金額	健保	勞保	勞退	合計	申請金額
範例：1 月	1,500	1,500	1,500	4,500	3,500	1,500	1,500	1,500	4,500	4,500
月										
月										
月										
月										
月										
合計										

1. 兼職人員：每月補助上限 4,000 元/人。
2. 專職人員：每月補助上限 6,000 元/人。

製表人：