

_____年度臺北市政府社會局補助辦理「獨居與失能長者服務計畫」單位：元

一、申請單位基本資料			
單位名稱			
計畫名稱			
單位負責人 職稱及姓名	職稱： 姓名：	方案聯絡人 職稱及姓名	職稱： 姓名：
單位統一編號		立案日期及文號	立案日期： 立案文號：
聯絡電話		傳真號碼	
e-mail			
地址			
二、專案類別 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 1. 獨居長者陪伴方案 <input type="checkbox"/> 2. 社區失能老人外展服務 <input type="checkbox"/> 3. 預防走失服務 <input type="checkbox"/> 4. 其他政策性補助		
三、計畫內容			
內容概要 (需註明擬結合之公 私部門資源)			

辦理時間	
實施地點	
參加對象	
預估人數及人次	
四、預期效益	

五、經費運用社會資源情形

計畫總經費		元
政府補助經費		元
單位 自籌	單位本身 經費	元
	其他單位 贊助或捐款	元

團體圖記		負責人簽章	

申請人（含法人、機構、團體或學校等）就本補助案，如屬公職人員利益衝突迴避法第2條及第3條所稱公職人員或其關係人者，請填『公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身分關係揭露表』（申請人非屬該法所稱公職人員或其關係人者，則免填附該表），如未揭露者依公職人員利益衝突迴避法第18條第3項處罰。

