

2-B表：108-109年護理之家機構改善公共安全設施設備補助計畫-縣市政府護理之家機構執行明細表-1（請以累計方式每月10日前更新填報）

縣市機關名稱：_____衛生局

序號	補助機構名稱	機構代碼	機構類型		開放床數		機構補助上限額度 (單位：元)			衛生局核定機構經費日期			衛生局核定機構經費數(C) (核定給機構) (單位：元)			衛生局撥款累計數(D) (撥款給機構) (單位：元)			衛生局核定經費撥款率(E) (D/C*100%)		
			一般護理之家	精神護理之家	一般護理之家	精神護理之家	合計	修繕費	設施設備費	年	月	日	合計(C)	修繕費(C1)	設施設備費(C2)	合計(D)	修繕費(D1)	設施設備費(D2)	合計(D/C*100%)	修繕費(D1/C1*100%)	設施設備費(D2/C2*100%)
合計			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
例	仁愛護理之家		v		60		5,700,000	2,700,000	3,000,000	108	08	31	4,200,000	1,800,000	2,400,000	3,360,000	1,440,000	1,920,000	80%	80%	80%
例	寬福護理之家		v		80		7,600,000	3,600,000	4,000,000	108	09	01	4,700,000	3,200,000	1,500,000	3,290,000	2,240,000	1,050,000	70%	70%	70%
1	00護理之家						-	-	-	108			-			-					
2	00護理之家						-	-	-	108			-			-					
3	00護理之家						-	-	-	108			-			-					
4	00護理之家						-	-	-	108			-			-					
5	00護理之家						-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					
							-	-	-	108			-			-					

填表人：_____業務主管：_____主辦會計：_____核轉機關首長：_____

