

**接受衛生福利部公益彩券回饋金補助計畫
支用單據就地查核申請表**

申請日期： 年 月 日

單位名稱			
機關核准立案日期文號			
統一編號			
會（地）址			
負責人	職稱		姓名
申請資格	<p>以前年度計畫執行或查核結果無重大違失情形，且建置內部控制機制，請就下列項目勾選並檢附相關證明文件：</p> <p>1. 會務運作狀況： 依人民團體法及組織章程定期召開相關會議、選任理監事。</p> <p>2. 單位財務運作狀況（下列擇一）： <input type="checkbox"/> 依社會團體財務處理辦法編造年度工作計畫、收支預算表、工作報告及會計報告等資料，並提經會員（會員代表）大會通過後，報請主管機關備查。 <input type="checkbox"/> 年度會計報告經會計師查核簽證。</p> <p>3. 其他，請說明：_____</p>		
支用單據存放地點			
單位聯絡人		團體圖 記	
聯絡電話			
電子信箱			

說明：本申請表及佐證文件，應隨補助計畫公文送出；全國性團體逕向本部提出申請，地方性團體向直轄市政府、縣市政府提出申請。