

附件 3

敬啟者您好：

請您在填寫領據時，注意以下事項：

一、通報獎金核發辦法：

領用資格	通報認列方式	每案金額 (新臺幣)
NS1 合約院所	完成疑似登革熱個案採血、通報、檢體包裝、確認條碼及黏貼、送驗(13 區衛生所)等步驟。	300

二、請詳填領款金額(國字數字大寫，若有塗改需蓋章)、具領人單位、負責人姓名、單位統一編號、簽章(簽名或蓋章)，並附上撥款具領人帳戶存摺封面影本(需為醫院或診所帳戶)。

三、每月 15 日前，將該月領據送至本局疾病管制科陳小姐(電話 03-3340935 分機 2128)以利辦理後續核銷付款事宜。

附件 3

請領月份別：113 年____月

應予扣繳(登錄)所得稅

茲 向
桃園市政府衛生局領取
登革熱防治獎勵作業費

新臺幣 萬 仟 佰 元整

此 據

單位：

負責人姓名：

單位統一編號：

簽章

醫療院所核章處
(請蓋發票章)

中 華 民 國 年 月 日