

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	金額 (新臺幣)
醫事人員	通報本土登革熱、屈公病、茲卡病毒感染症	10,000
醫事人員	通報境外移入登革熱、屈公病、茲卡病毒感染症	5,000
藥局藥師	主動通知並轉介登革熱、屈公病、茲卡病毒感染症確定病例	500
	主動通知並轉介登革熱、屈公病、茲卡病毒感染症確定病例， 且個案隱藏期 2 日內	1,000
一般民眾	自主通報並說明旅遊史及疑似登革熱相關症狀確定病例	2,000

二、本獎勵方案於每年度 30 萬元整經費用罄為止。

三、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、職別、姓名、身分證統一編號、

戶籍地址及簽章（簽名或蓋章），並附上撥款具領人本人帳戶存摺封面影本（需為個人帳戶，不得為醫院

或診所帳戶），俾利辦理撥款。另，同一位醫師若有多位通報個案，請對各通報個案各寫一張領據。



應予扣繳(登錄)所得稅

茲 向  
桃園市政府衛生局領取

- 醫療院所  
 一般民眾  
 社區藥局

- 登革熱     境外移入  
113 年  屈公病     本土  
 茲卡病  
          毒感染症

確定病例通報獎金

(電編：            )

新臺幣      萬      仟      佰      元整

此 據

單位：

具領人職(身分)別：

姓名：

身分證統一編號：

戶籍地址：

簽章(簽名或蓋章)：

中 華 民 國      年      月      日

# 代領登革熱/屈公病/茲卡病毒感染症通報獎金 切結書

本人\_\_\_\_\_因\_\_\_\_\_

，委請代領人\_\_\_\_\_代領登革熱/屈公病/茲卡病毒感染症通報  
獎金新臺幣\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_元整。

本人簽章：

身分證字號：

代領人簽章：

身分證字號：

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

# 自願放棄領取登革熱/屈公病/茲卡病毒感染症通報獎金 切結書

本人\_\_\_\_\_因\_\_\_\_\_

，自願放棄領取登革熱/屈公病/茲卡病毒感染症通報獎金新臺幣

\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰\_\_\_\_\_元整，特立此放棄切結書為憑。

本人簽章：



身分證號碼：

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

# 法定代理人(或監護人)同意書

本人已充分瞭解蚊媒傳染病通報獎金之相關內容，茲同 \_\_\_\_\_

(未成年子女或受監護人姓名)

(民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日出生，身分證字號： \_\_\_\_\_ )之相關資料供

桃園衛生局醫事人員蚊媒傳染病通報獎金核發相關作業程序使用。

法定代理人 (或監護人)	法定代理人 (親筆簽名或蓋章)	身分證 統一編號	聯絡地址	電話
<input type="checkbox"/> 父：				
<input type="checkbox"/> 母：				
<input type="checkbox"/> 監護人				

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

註：

- (1)父母為其未成年子女之法定代理人，同意書應由父母雙方共同簽署並負擔義務。
- (2)父母離婚或單一監護者，應檢具已辦妥登記之戶籍謄本，始得單獨代理。
- (3)未成年人無父母、或父母均不能行使、負擔對於未成年子女之權利義務時，由取得監護權之監護人同意之，並檢附證明文件。