|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 敬啟者您好：  請您在填寫領據時，注意以下事項：   1. 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** | | 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** |  1. 本獎勵方案於每年度30萬元整經費用罄為止。 2. 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。**   1. 如因無存摺或帳戶凍結需他人代領者，請填具**代領切結書**並附上**委託人及受委託代領人之身分證影本**。 2. 若具領人非本國籍國民時，則請增加提供**居留證正反面影本**。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 茲 向  應予扣繳(登錄)所得稅  桃園市政府衛生局領取  □醫療院所  □一般民眾   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | □登革熱 | □境外移入 |  | | 113年 | □屈公病 | □本土 | 確定病例通報獎金 | |  | □茲卡病毒感染症 |  | （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）：  身分證統一編號：  簽章：  戶籍地址： | |

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 |
| □父： |  |  |  |  |
| □母： |  |  |  |  |
| □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。