**健保特約藥局配合政府辦理口罩實名制獎勵金申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 藥局名稱（全銜）： | | 醫事機構代碼： | |
| 負責人： | 身分證字號： | 連絡電話： | |
| 地址： | | | |
| 自109年 月 日起至 月 日止，配合辦理口罩實名制之口罩銷售累積天數共\_\_\_\_\_\_\_\_ 天，符合  □ 達20~50天，獎勵費用五千元。 □ 達51~75天，獎勵費用一萬元。  □ 達76~100天，獎勵費用二萬元。 □ 達101天以上，獎勵費用三萬元。 | | | |
| 資料繳交檢查表(檢附者請打ˇ)：   * 1.領據 □ 2.獎勵人員清冊 * 3.帳戶存摺封面影本(應有存戶名稱、銀行及分行名稱、帳號資訊)；如為劃撥帳戶(無存摺)，提供可供核對之證明資料。資料浮貼於背面 * 4.身分證影本正反面(停歇業之藥局，請檢附此資料) | | | 初審結果 |
| □符合 □不符合  蓋章  此格由初審單位填寫 |

**領據**

茲領到衛生福利部食品藥物管理署「配合政府辦理口罩實名制獎勵金」，

新臺幣 萬 仟元整無訛，並依據「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」規定，其中百分之六十以上應分配予相關工作人員。

此致 衛生福利部食品藥物管理署

藥局名稱：

統一編號：

帳戶戶名：

(請優先填健保特約帳戶[可為劃撥帳戶]

或負責人帳戶)

金融機構名稱及代碼 (7碼)：

帳號：

負責人簽名及蓋章(小章)： 日期：109年 月 日

大章

(如店章有統編資訊建議一

(若無，請填稅籍編號)

併加蓋)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【註】 1.若為停歇業之藥局，則毋須蓋大章，惟請於「藥局名稱」後括號註明為’’停業’’或’’歇業’’。

2.倘對食品藥物管理署公布之口罩銷售累積天數有疑義者，請附銷售天數資料及原因說明。

3.帳戶資訊部分，若為劃撥帳戶，請括號註明為’’劃撥帳戶’’。

4.金融機構名稱及代碼：代碼包含分行代碼，共7碼。

5.請確實、完整詳填所有欄位資料，以利獎勵金之發放。