

臺南市政府衛生局 「潛伏結核早篩檢 健康守護抽好禮！」抽獎活動

活動目的：為提升潛伏結核高風險族群健康意識與自我保健能力，衛生局特別於 324 世界結核病日辦理「潛伏結核早篩檢 健康守護抽好禮！」抽獎活動，提供免費潛伏結核感染篩檢，讓符合資格之民眾至衛生所即可接受檢驗，檢驗陽性者協助轉介至醫療院所進行治療，落實早期發現、早期治療目標。

一、 **主辦單位：**臺南市政府衛生局

二、 **活動期間：**

1. 潛伏結核感染檢驗期間：115 年 3 月 24 日至 115 年 8 月 31 日止。
2. 潛伏結核感染治療認列期間：於前述檢驗期間完成篩檢並加入潛伏結核感染治療者，認列期間為 115 年 4 月 7 日至 115 年 10 月 31 日止。

三、 **活動對象：**

1. 設籍或實際居住於臺南市，且符合下列潛伏結核感染風險族群者，並以結核病追蹤管理系統登錄資料為認定依據。
2. 潛伏結核感染風險族群定義：
 - (1) 母國為結核病高負擔國家(如附件 1)之新住民。
 - (2) 45 歲(含)以上且糖化血色素(HbA1C)大於 9%的糖尿病患者。
 - (3) 60 歲(含)且為慢性阻塞性肺病(COPD)患者。
 - (4) 慢性腹膜或血液透析患者。

四、 **活動辦法：**

1. 本抽獎活動分為「潛伏結核感染檢驗抽獎活動」與「潛伏結核感染治療抽獎活動」兩部分。
2. 活動對象於 115 年 3 月 24 日至 115 年 8 月 31 日期間，至本市 37 區衛生所或本市潛伏結核感染治療指定醫療院所完成潛伏結核感染檢驗者，即具備「潛伏結核感染檢驗抽獎活動」抽獎資格。
3. 前項完成檢驗且結果為陽性者，經轉介至醫療院所進行潛伏結核治療，於 115 年 10 月 31 日時已完成或正在進行潛伏結核感染治療者，則具備參加「潛伏結核感染治療抽獎活動」之抽獎資格。

五、 **獎品項目**

1. 潛伏結核感染檢驗抽獎活動
 - (1) 三星健康手環，共 2 名
 - (2) 血壓計，共 2 名
 - (3) 氣炸鍋，共 1 名
 - (4) 禮券 500 元，共 10 名
2. 潛伏結核感染治療抽獎活動
 - (1) Garmin 健康手環，共 1 名
 - (2) 氣炸鍋，共 2 名
 - (3) 禮券 1,000 元，共 5 名

六、 **抽獎方式：**

1. 「潛伏結核感染檢驗抽獎活動」：抽獎當日，主辦單位自結核病追蹤管理系統中，下載完成篩檢之活動對象，進行電腦自動選號抽獎作業，抽出者即為得獎者，得獎名單將於 115

年 9 月 30 日下午 2 點公布於臺南市政府衛生局官網。

2. 「潛伏結核感染治療抽獎活動」：抽獎當日，主辦單位自結核病追蹤管理系統中，下載完成治療或於抽獎當日仍在潛伏結核治療當中之對象，進行電腦自動選號抽獎作業，抽出者即為得獎者，得獎名單將於 115 年 11 月 16 日下午 2 點公布於臺南市政府衛生局官網。
3. 中獎者以第一次抽出獎項為主，已獲獎者不具其他獎項獲獎資格。
4. 得獎者由主辦單位以電話或信件寄至得獎者戶籍地址通知中獎及領獎事宜。

七、 注意事項：

1. 抽獎資格之認定皆由結核病追蹤管理系統之紀錄為依據（包含姓名、採檢日期及採檢單位等），活動對象不得以任何形式向主辦單位提出獲獎資格申請。
2. 主辦單位可視活動執行情形或其他不可預期之因素調整活動時間、內容、獎勵方式或修改、終止本活動。
3. 依中華民國所得稅法規定，獎品列入領獎者個人綜合所得稅申報。主辦單位將依相關法令開立所得稅扣繳憑單給各中獎人；中獎人若不配合，視為棄權，自動失去中獎資格
4. 於通知領獎日起至 115 年 11 月 30 日期間，得獎者須攜帶身分證件於上班時間至戶籍所在地之衛生所或指定地點領獎並填寫得獎領據（附件 2），俟工作人員確認無誤後方可進行領獎，如逾期未完成領獎程序，則視為自動放棄得獎資格（無法親自領取需委託他人領取者，受託人需出示雙方身分證件及委託書，格式如附件 3）。若放棄領獎者請在簽立自動放棄領取同意書
5. 未滿 18 歲者須獲得法定代理人同意（同意書格式如附件 4），並需出具關係證明文件（如身分證或戶籍謄本），俟工作人員確認無誤後進行領獎。
6. 所有獎項主辦單位得不提供搬運及寄送服務，並不負責日後所有獎項之使用、維修及保固。
7. 如有未盡事宜，主辦單位保有調整及最終解釋權之權利。
8. 中獎人如為中華民國境內居住之個人，扣繳義務人應按給付全額扣取 10% 之扣繳稅款，扣繳稅款不超過新台幣(下同)2,000 元者，免予口繳稅款，但仍應向所轄稽徵機關列單申報，中獎人如為非中華民國境內居住之個人則無論中獎金額多寡，扣繳義務人均需按給付全額扣取 20% 之扣繳稅款；中獎者實際領取中獎獎項負擔機會中獎所得稅款，扣繳稅款超過新台幣 2,000 元者，稅款由得獎者支付，於現場領取時提供完成繳費之各類所得扣繳稅額繳款書(正本)後，再進行獎品之領取。

結核病高負擔國家

1. 中國(含港澳)China
2. 越南 Vietnam
3. 印尼 Indonesia
4. 菲律賓 Philippines
5. 泰國 Thailand
6. 緬甸 Myanmar

若母國非上述國家，請先電洽本市 37 區衛生所結核病承辦人。

單位名稱	電話	單位名稱	電話
東區	06-2674085	永康區	06-2326507
南區	06-2618578	新化區	06-5906025
中西區	06-2252403	善化區	06-5837035
北區	06-2252404	新市區	06-5992504
安平區	06-2996885	安定區	06-5922022
安南區	06-2567406	山上區	06-5781013
仁德區	06-2704153	玉井區	06-5742275
將軍區	06-7942007	北門區	06-7862043
麻豆區	06-5722215	學甲區	06-7833359
下營區	06-6892149	新營區	06-6355696
六甲區	06-6982013	鹽水區	06-6521041
官田區	06-5791493	白河區	06-6852014
大內區	06-5761044	柳營區	06-6220464
佳里區	06-7224106	後壁區	06-6872624
西港區	06-7952338	東山區	06-6802618
七股區	06-7872277	左鎮區	06-5731114
歸仁區	06-2393309	龍崎區	06-5941397
關廟區	06-5952395	楠西區	06-5751005
南化區	06-5771139		

委託書

委託人_____茲因事務繁忙，不克親自前往領取臺南市政府衛生局「潛伏結核早篩檢 健康守護抽好禮！」抽獎活動獎勵，特委託受託人_____代為辦理。

委託人

姓名： (請簽章)

身分證統一編號：

聯絡電話：

戶籍(通訊)地址：

受託人

姓名： (請簽章)

身分證統一編號：

聯絡電話：

戶籍(通訊)地址：

與委託人關係：

中華民國 年 月 日

法定代理人（或監護人）同意書

本人知悉並同意未滿 18 歲之子女（或被監護人）

_____（民國__年__月__日出生、身分證統一編號_____
_____）

，參加臺南市政府衛生局「潛伏結核早篩檢 健康守護抽好禮！」抽獎活動，遵守關於參加者相關權利義務之規定，並有權簽署該活動之相關文件（含領獎收據）。

此致

臺南市政府衛生局

法定代理人：_____（請簽章）

生日：民國_____年_____月_____日

身分證統一編號：

聯絡電話：

戶籍地址：臺南市_____區_____里_____鄰_____路(街)
_____段_____巷_____弄_____號_____樓

中華民國_____年_____月_____日