

王寺町子どもインフルエンザ予防接種同意書

インフルエンザ予防接種の効果及び副反応等について理解し、王寺町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱に基づき接種に同意します。

なお、接種の効果及び副反応、接種時における子どもへの適応性等については、保護者が医師から直接説明を受け、接種の要否を判断いたします。

王寺町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱概要

・目的

インフルエンザ予防接種費用の一部を助成することにより、その子どもの健康の保持及び増進に資すること並びに保護者の子育てを支援することを目的とする。

・助成の対象者

次の各号のいずれかに該当し、任意の予防接種であることを認識した上で予防接種を受けることを希望した保護者

- (1) インフルエンザワクチン(不活化ワクチン)を接種する場合 生後6か月から義務教育学校(小学)6年生に相当する年齢までの者
- (2) フルミスト点鼻液を接種する場合 2歳から義務教育学校(小学)6年生に相当する年齢までの者
- (3) 義務教育学校9(中学3)年生に相当する年齢の者
- (4) 高校3年生に相当する年齢の者

・助成金の額

不活化ワクチン: 予防接種費用の2分の1で、1回につき1,500円を上限

フルミスト: 予防接種費用の2分の1で、1回のみ4,000円を上限

対象者(1)に該当する者は2回を限度、対象者(2)(3)(4)該当する者は1回助成

・助成の接種対象期間

10月1日から翌年1月31日までの間に接種した予防接種

3月31日までに、保健センター窓口で申請してください。※土・日・祝はお休み

・健康被害

インフルエンザ予防接種に起因し疾病にかかり、障害の状態になった場合においても、損害賠償金、補償金、見舞金等は支給しない。

被接種者 氏名

受付印

キ リ ト リ

〈保健センター控え〉

インフルエンザ予防接種の効果及び副反応等について理解し、王寺町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱に基づき接種に同意します。

年 月 日

※一回目の接種日を記入してください。

保護者 住所 王寺町

氏名

被接種者 氏名

【必要書類】①同意書②医療機関で発行した領収書原本(被接種者氏名、接種年月日、ワクチン名、ワクチン代金に記載されたもの)、コピー提出可ただし原本の提示が必要です。③保護者名義の振込先の通帳のコピー(※紙通帳のない銀行をご利用の場合は、銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人が記載されているもの【例: 口座番号連絡書など】を印刷して提出)

④本用紙(申請書兼請求書) ⑤母子健康手帳または接種済証 ⑥窓口来所の人本人確認書類