

王寺町子どもインフルエンザ予防接種同意書

インフルエンザワクチンの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、接種時におけるこ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、接種の可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) 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) 義務教育学校9年生(中学3年生)に相当する年齢の者

(3) 高校3年生に相当する年齢の者

・助成金の額

予防接種費用の2分の1で、1回につき1,500円を上限

対象(1)に該当する者は2回を限度、対象者(2)(3)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

接種から3か月以内に、保健センター窓口で申請してください。

・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〉

インフルエンザワクチンの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(被接種者氏名、接種年月日、ワクチン名が記載されたもの)
③通帳 ④申請書兼請求書 ⑤母子健康手帳又は予防接種の接種済証