

王寺町おたふくかぜワクチン予防接種同意書

おたふくかぜワクチンの接種の効果及び副反応等について理解し、王寺町おたふくかぜワクチン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、接種時における乳幼児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、接種の可否を判断致します。

王寺町おたふくかぜワクチン予防接種費用助成金交付要綱概要

・目的

おたふくかぜワクチンの予防接種費用の一部を助成することにより、その乳幼児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(①、②全てに該当すること。)

① 接種日において、町内に住所を有する小学校就学の始期に達するまでの乳幼児の保護者

② 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

・助成金の額

予防接種費用の2分の1で、1回につき3,000円を上限
乳幼児1人につき2回を限度

・健康被害

おたふくかぜワクチンの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、補償賠償金、補償金、見舞金等は支給しない。

被接種者 氏名 _____

----- キ リ ト リ -----

受付

〈保健センター控え〉

おたふくかぜワクチンの接種の効果及び副反応等について理解し、王寺町おたふくかぜワクチン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

保護者 住所 王寺町

氏名

被接種者 氏名