預防接種受害救濟申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人／受害人 | 姓名 | | |  | | | | | | | | 性別 | |  | | 出生日期 | | | |  | | 年 | |  | | | 月 | |  | | 日 | | |
| 聯絡地址 | | |  | | | | | | | | | | | | 身分證字號 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | | | 日（市話）： | | | | | | | | 夜（市話）： | | | | | | | | 手機： | | | | | | | | | | | | | |
| 申請人□已死亡，由繼承人（稱謂： ）代理申請，請填代理人資訊。  □未成年，由法定代理人（稱謂： ）代理申請，請填代理人資訊。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理人／繼承人 | 姓名 | | |  | | | | | | | | 性別 | |  | | 出生日期 | | | |  | | 年 | |  | | | 月 | |  | | 日 | | |
| 聯絡地址 | | |  | | | | | | | | | | | | 身分證字號 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | | | 日（市話）： | | | | | | | | 夜（市話）： | | | | | | | | 手機： | | | | | | | | | | | | | |
| 指定連絡人 | 姓名 | | |  | | | | | | | | 關係 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡地址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | | | 日（市話）： | | | | | | | | 夜（市話）： | | | | | | | | 手機： | | | | | | | | | | | | | |
| 事由 | 疑因預防接種（疫苗種類： ）受害致□不良反應，請求救濟。  □死 亡，請求救濟。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請人□迄至申請日未死亡（本欄以下免填）。  □於 年 月 日死亡，□已解剖。  □未解剖。 | | | | | | | | | | | | | | | | 註：惟為釐清受害人是否因預防接種致死，所需進行解剖的程度(完整或局部)，仍應由病理科醫師依個案臨床資料評估為宜。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 案情概要 | 接種日期 | |  | | 年 |  | | 月 |  | 日 | 接種地點 | |  | | | | | | 不良反應症狀 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 病情發展及求診經過 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **附錄** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **一、預防接種受害救濟申請說明**  1、法規依據：本項預防接種受害救濟申請（以下簡稱本救濟），係依據「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」（以簡稱本辦法）規定辦理。  2、申請對象：依據本辦法第2條第1項規定略以，本人或母體疑因預防接種而受害者，得依本辦法之規定請求救濟。  3、申請期限：得知受害後的2年內，或受害發生日起5年內。  4、作業時程：作業進程包含：病歷調閱、資料檢核、案件審查（委員鑑定、審議會議）；本辦法第11條規定，案件審查於6個月內完成，必要時得延長3個月。完成審議後至發出處分函，約需再經1個月作業時程。  5、受害調查：依據本辦法第10條規定略以，接種地主管機關受理前條申請後，應於7日內就預防接種受害情形進行調查，並於30日內將調查結果填入預防接種受害調查表，連同申請書、個案就醫病歷及相關證明資料，送請中央主管機關審議。  6、檢附資料：(1) 申請人身分證明文件（如身分證影本）。 (2) 法定代理人／繼承人申請者，應檢附戶口名簿影本。 (3) 預防接種證明影本（如接種紀錄或接種名冊）。 (4) 醫療院所診斷證明書。 (5) 個案如死亡，請檢附死亡證明書或相驗屍體證明書。 (6) 其他，如接種前健康評估表、預防接種家長同意書、不良反應照片或影片。  7、病歷調閱：為鑑定預防接種受害原因，將依個人資料保護法第6條第1項第6款及傳染病防治法第39條第1項規定，並參照健保就醫明細，向醫事機構調閱期間申請人所有病歷。病歷調閱原則： A、先天性疾病或年齡未滿3歲之孩童：出生起至申請日止之全部病歷資料。 B、慢性疾病患者：接種前至少3年至申請日止全部之病歷資料。 C、其他：接種前1年至申請日止全部之病歷資料。  8、其他事項：(1) 申請者如不願衛生局調閱部分病歷供預防接種受害原因鑑定，請於下欄「預防接種受害救濟申請註記事項」登載就醫院所就醫日期等資訊，並請申請者簽名。  (2) 本項申請說明，請衛生局善盡告知責任。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請人  （簽名或蓋章） | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代理人／繼承人  （簽名或蓋章） | | | | | | |  | | | | | | | | 申請日期 | | |  | | | 年 | |  | | | 月 | |  | | 日 | | |
| **二、預防接種受害救濟申請註記事項** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |