

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 <input type="checkbox"/> 已死亡，由繼承人（稱謂：_____）代理申請，請填代理人資訊。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 不良反應，請求救濟。 <input type="checkbox"/> 死亡，請求救濟。 申請人 <input type="checkbox"/> 迄至申請日未死亡（本欄以下免填）。 <input type="checkbox"/> 於_____年_____月_____日死亡， <input type="checkbox"/> 已解剖。 <input type="checkbox"/> 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