

予防接種委任状（保護者が同伴しない場合）

予防接種による健康被害救済制度について

- 定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。
 - 健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。
 - ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。
- ※給付申請の必要が生じた場合には、芦北町健康福祉課（0966-83-9675）へご相談ください。

私は今回の予防接種に対する判断の権限のすべてを

（続柄：_____）に委任します。

【被接種者】

氏 名：_____

生年月日：（ 平成 ・ 令和 ） _____ 年 _____ 月 _____ 日

予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、こどもに接種させることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者自署：_____ ⑩

住 所：芦北町大字_____

緊急連絡先：_____（ _____ ）

※満 16 歳未満の者は、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。