**＿＿＿＿疫苗自費接種申請書**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者資料 | 姓名 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 性別 | □ 男 □ 女 | 身分證號/護照號碼 |  |
| 聯絡電話 |  | | |
| 聯絡地址 |  | | |
| 接種者資料  □同申請者 | 姓名 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 性別 | □ 男 □ 女 | 身分證號/護照號碼 |  |
| 聯絡電話 |  | 聯絡地址 |  |
| 已接種疫苗  (申請五合一疫  苗者需填寫) | 1. 五合一疫苗：□未曾接種 □1 劑 □2劑 □3劑 □4劑 2. 口服小兒麻痺疫苗：□未曾接種 □ 1 劑 □2劑 □3劑 □4劑 3. 不活化小兒麻痺疫苗：□未曾接種 □1 劑 □2劑 □3劑 □4劑 4. 白喉破傷風百日咳混合疫苗：□未曾接種 □1 劑 □2劑 □3劑 □4劑 | | |
| 申請接種  疫 苗 |  | | | |
| 申請原因 | □特殊醫療需求  □赴流行地區，前往國家 ，停留時間： 至  □其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　醫師簽章＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | |

＊上述欄位填寫完畢後請併同相關證明文件傳真至衛生局審核

**審核機關名稱：**

**衛生局承辦人 　　 單位主管**

□通過

□未通過

**以下由接種衛生所(或醫院)填寫留存，並於每月底前將上個月申請案件送衛生局備查**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種衛生所  (或醫院) |  | | | | |
| 申請疫苗 |  | | | 疫苗批號 |  |
| 疫苗單價 |  | 疫苗費用總 計 |  | 接種日期 | 年 月 日 |
| 醫師簽章 |  | | | 接種人員  簽章 |  |

107年8月版