

臺北市衛生局「輪狀病毒疫苗補助」退費申請表

申請表編號：

113年7月1日修訂

嬰兒基本資料	姓名							性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他			
	身分證字號							出生日期	民國	年	月	日
	身分別	定額： <input type="checkbox"/> 第一類兒童（父母之一設籍北市滿2年） <input type="checkbox"/> 第三類兒童（第三胎）						全額： <input type="checkbox"/> 第二類兒童（罕病、重大傷病、低收入戶）				
	戶籍地	區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓										
	通訊處	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓										
接種資料	醫療院所名稱 ^註							接種日期	民國	年	月	日
	接種劑型	<input type="checkbox"/> 2劑型 羅特律Rotarix第 劑 <input type="checkbox"/> 3劑型 輪達停RotaTeq第 劑										
申請人基本資料	姓名							與嬰兒關係		電話	日：	手機：
	身分證字號							戶籍地址	區	里	鄰	路(街) 段 巷 弄 號 樓
應備文件	自我檢查(1~6項為必要文件，已附者請打勾) <input type="checkbox"/> 1. 退費申請表正本1份 <input type="checkbox"/> 2. 領款收據1份（由申請人簽章） <input type="checkbox"/> 3. 嬰兒兒童健康手冊之「輪狀病毒疫苗接種紀錄影本」 <input type="checkbox"/> 4. 申請人之金融機構存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 5. 兒童及父母之一（或監護人）之戶口名簿（或戶籍謄本）影本（具父母之一設籍並實際居住北市滿2年詳細記事） <input type="checkbox"/> 6. 接種疫苗之「醫療費用收據正本」或「蓋有接種院所章戳之收據副本、繳費證明」（應載明藥品/疫苗名稱及價錢）。 <input type="checkbox"/> 7. 委託書（非法定代理人/監護人申請須檢附），委託書上需註明委託期間及委託事項											
聲明事項	本人已閱讀並了解本申請表各項內容，保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額外並自負一切法律責任。 本申請之疫苗補助款項若經衛生局審核通過並核撥至本人帳戶內，日後若有任何具領爭議，本人願負法律上完全責任。 <p style="text-align: center;"> 法定代理人/監護人 簽名： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 </p>											

申請表一式三份，第一聯（白）請款聯；第二聯（粉）衛生局留存；第三聯（黃）申請人留存

※注意事項：

- 1、未於「臺北市輪狀病毒疫苗接種特約醫療院所」接種者，不予補助。
- 2、輪狀病毒疫苗補助退費申請應於疫苗接種事實發生後6個月內辦理。
- 3、上述6個月內以月計算(若為110年6月1日接種者，應於110年12月1日(含)內)辦理退費，超過6個月者恕不受理。
- 4、輪狀病毒疫苗補助退費應由法定代理人或監護人申請並具領；倘申請全額補助者其疫苗費用低於補助金額則依實際費用給付。

金額/廠牌	羅特律	輪達停
定額補助 (每劑)	1,050元	700元
全額補助 (每劑) ^註	最高 2,850元	最高 1,900元

註：全額補助金額依院所訂價覈實補助。

承辦單位：臺北市衛生局疾病管制科（地址：10844臺北市萬華區昆明街100號6樓）

電話：(02)2375-9800轉1925

臺北市政府衛生局「輪狀病毒疫苗補助」
領款收據

茲領到臺北市政府衛生局「臺北市輪狀病毒疫苗補助
接種計畫」補助費共計
新臺幣 仟 佰 拾 元整，確實無訛。
此致

臺北市政府衛生局

具領人： (請簽章)

聯絡電話：

戶籍地址：臺北市 區 里 鄰
街(路) 段 巷 弄 號 樓

身分證字號：

金融機構名稱帳戶： 銀行

分行：

帳號：

中華民國 年 月 日