附件2

臺北市政府衛生局「**腸病毒71型疫苗補助**」退費申請表

113年5月16日訂定
113年12月19修訂

<table>
<tr><td rowspan="4">嬰兒基本資料</td><td>姓名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>身分證統一編號</td><td colspan="2"></td><td>出生日期</td><td colspan="2">民國　年　月　日</td></tr>
<tr><td>身分別</td><td colspan="5">□ 第二類兒童（罕見疾病、重大傷病、低收入戶、特殊個案、特殊境遇、極低體重）</td></tr>
<tr><td>戶籍地址</td><td colspan="5">臺北市　區　里　鄰　路（街）　段　巷　弄　號　樓</td></tr>
<tr><td></td><td>通訊地址</td><td colspan="5">□ 同戶籍地址
□ 臺北市　區　里　鄰　路（街）　段　巷　弄　號　樓</td></tr>
<tr><td rowspan="2">接種資料</td><td>醫療院所名稱</td><td colspan="2">（須為本市腸病毒71型疫苗補助合約醫療院所）</td><td>接種日期</td><td colspan="2">民國　年　月　日</td></tr>
<tr><td>接種劑型</td><td colspan="5">□ 安拓伏腸病毒71型疫苗（國光）第　劑
□ 恩穩健腸病毒71型疫苗（高端）第　劑</td></tr>
<tr><td rowspan="2">申請人基本資料</td><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>與嬰兒關係</td><td>電話</td><td>（住家）
（手機）</td></tr>
<tr><td>身分證統一編號</td><td colspan="2"></td><td>戶籍地址</td><td colspan="2">臺北市　區　里　鄰　路（街）　段　巷　弄　號　樓</td></tr>
<tr><td>應備文件</td><td colspan="6">自我檢查（1~6項為必要文件，已附者請打勾）
□1.退費申請表正本1份
□2.領款收據1份（由申請人簽章）
□3.嬰兒兒童健康手冊之「腸病毒71型疫苗接種紀錄影本」
□4.申請人之金融機構存摺封面影本
□5.兒童及父母之一（或監護人）之戶口名簿（或戶籍謄本）影本
□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」
□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</td></tr>
<tr><td>聲明事項</td><td colspan="6">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。

法定代理人/監護人　簽名：

申請日期：　年　月　日</td></tr>
</table>

※注意事項：

1. 未於「臺北市腸病毒71型疫苗補助合約醫療院所」接種者，不予補助。
2. 腸病毒71型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114年5月1日接種者，應於114年11月1日（含）內辦理退費），超過6個月者恕不受理。
4. 腸病毒71型疫苗補助退費應由法定代理人或監護人申請並具領。

劑型	安拓伏	恩穩健
補助金額	4,000元	4,300元
註：補助金額依院所訂價覈實補助。		

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

電話：（02）2375-9800轉1923

附件3

臺北市政府衛生局「**腸病毒71型疫苗補助**」

領款收據

茲領到臺北市政府衛生局「臺北市腸病毒71型疫苗補助接種計畫」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

路(街)　　段　　巷　　弄　　號　　樓

身分證統一編號：

金融機構名稱帳戶：　　銀行

分行：

帳號：

中華民國　　年　　月　　日