

附件 1

特殊對象申請公費疫苗自費接種之相關規範

疫苗別	提供對象	申請地點	申請流程
卡介苗 五合一疫苗	<ul style="list-style-type: none"> • 國人有特殊醫療需求且經醫師評估有接種需求者。 • 非我國國民且未具居留證或定居證者，以來臺治療衛生福利部公告之「外籍人士及大陸地區人民得於臺灣地區接受醫療服務之疾病」（如附件 1-1）且經醫師評估有接種需求者為限 	<ul style="list-style-type: none"> • 各地方政府衛生局 	<p>民眾經醫師評估確認接種需求，填寫申請表並檢具相關文件送醫院所在地衛生局審核，通過後完成繳費，持繳費證明及申請表至院所接種。</p>
不活化小兒麻痺疫苗	<ul style="list-style-type: none"> • 國人赴小兒麻痺流行地區或出國留學、移民、工作必須補接種者 • 國人有特殊醫療需求（含骨髓移植、器官移植、免疫功能低下）且經醫師評估有接種需求者 	<ul style="list-style-type: none"> • 疾病管制署旅遊醫學合約醫院國際旅遊醫學門診 • 各地方政府衛生局 	<ul style="list-style-type: none"> • 民眾若至疾病管制署旅遊醫學合約醫院以外之院所申請，需經醫師評估確認接種需求，填寫申請表並檢具相關文件送醫院所在地衛生局審核，通過後完成繳費，持繳費證明及申請表至院所接種。 • 醫療院所如未儲備不活化小兒麻痺疫苗者，可洽地方衛生局申領疫苗。
b 型嗜血桿菌疫苗	<ul style="list-style-type: none"> • 國人有特殊醫療需求(含脾臟切除、免疫功能低下) 且經醫師評估有接種需求者 	<ul style="list-style-type: none"> • 各地方政府衛生局 	<ul style="list-style-type: none"> • 民眾經醫師評估確認接種需求，填寫申請表並檢具相關證明文件送醫院所在地衛生局審核，通過後完成繳費，並由衛生局安排疫苗申領及接種事宜。 <p>◎本項疫苗僅儲備於地方衛生局</p>
麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗(MMR)	<ul style="list-style-type: none"> • 6 個月以上未滿 1 歲欲赴流行地區之公費疫苗實施對象 	<ul style="list-style-type: none"> • 提供預防接種服務之衛生所（臺北市為健康服務中心） 	<p>民眾填寫申請表，檢具赴流行地區旅遊之證明文件，經醫師審查評估，完成繳費後，提供接種。</p>

*非屬上述提供對象且有接種需求者，由疾病管制署專案審查

*繳費方式：

(一)疫苗單價依該次接種之批號收費。

(二)購買郵政匯票－受款人：衛生福利部疾病管制署（地址：10050 臺北市中正區林森南路 6 號，電話：02-23959825）

(三)臨櫃匯款：收款銀行－中央銀行國庫局，戶名－疫苗基金 401 專戶，帳號－270579

(四)開立支票－抬頭：衛生福利部疾病管制署

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號/ 護照號碼	
	聯絡電話			
	聯絡地址			
接種者資料 <input type="checkbox"/> 同申請者	姓名		出生日期	年 月 日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 未曾接種 <input type="checkbox"/> 1劑 <input type="checkbox"/> 2劑 <input type="checkbox"/> 3劑 <input type="checkbox"/> 4劑 2. 口服小兒麻痺疫苗： <input type="checkbox"/> 未曾接種 <input type="checkbox"/> 1劑 <input type="checkbox"/> 2劑 <input type="checkbox"/> 3劑 <input type="checkbox"/> 4劑 3. 不活化小兒麻痺疫苗： <input type="checkbox"/> 未曾接種 <input type="checkbox"/> 1劑 <input type="checkbox"/> 2劑 <input type="checkbox"/> 3劑 <input type="checkbox"/> 4劑 4. 白喉破傷風百日咳混合疫苗： <input type="checkbox"/> 未曾接種 <input type="checkbox"/> 1劑 <input type="checkbox"/> 2劑 <input type="checkbox"/> 3劑 <input type="checkbox"/> 4劑		
申請接種疫苗				
申請原因	<input type="checkbox"/> 特殊醫療需求 <input type="checkbox"/> 赴流行地區，前往國家_____，停留時間：_____至_____ <input type="checkbox"/> 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	