**社團法人台灣弱勢病患權益促進會**

**醫療弱勢病患肺炎鏈球菌疫苗接種補助說明**

親愛的醫療弱勢病患與家長:

侵襲性肺炎鏈球菌感染症是由肺炎鏈球菌所引起的疾病，包含90種以上的血清型別，近三年台灣以19A、3、14、23F等型最常見，佔所有侵襲性感染症50%以上。一年四季都可能發生，主要流行季節為冬季至春季。病患多半是5歲以下嬰幼兒及65歲以上老年人。  
  
 肺炎鏈球菌平常可能潛伏在人類鼻腔中，呈現無症狀的帶菌狀態，而且隨著年齡漸漸增長，肺炎鏈球菌的帶菌率也會逐漸下降，因此嬰幼兒帶菌情形比成年人高。一旦病患因感冒或免疫力下降時，就可能引發侵襲性肺炎鏈球菌感染症，可能引起嚴重的併發症，包括敗血症、肺炎、腦膜炎、關節炎等。致死率以65歲以上老年人及5歲以下嬰幼兒較高，免疫功能不全、脾臟功能缺失及各類慢性器官衰竭等病患，也是高危險族群。

目前政府有提供公費疫苗給上述的高危險族群(5歲以下與75歲以上者)，醫療弱勢患者有近9成無法納入公費施打對象，本會基於維護病患的健康，避免因受肺炎鏈球菌感染導致嚴重併發症，並期望每位弱勢病患們都能夠維持健康，擬於今年(110)舉辦「醫療弱勢病患肺炎鏈球菌疫苗接種補助方案」，將提供自費施打肺炎鏈球菌疫苗費用補助，期望藉由此試辦方案，更積極的維護患者健康。

**申請補助辦法及流程:**

*未能符合*公費肺炎鏈球菌疫苗施打條件之醫療弱勢病患，為年滿6歲至74歲為*未曾接種疫苗者* [民國36年(含) 至104年(含)間出生]，請徵詢醫師建議，確認適合施打疫苗，由醫師協助填寫本會「肺炎鏈球菌疫苗接種補助申請表」(附件一)，**請醫師填寫疾病診斷名稱**、**勾選施打疫苗種類**並且**請醫師簽章**。患者於醫療院所自費施打疫苗後，將申請表、醫療單據正本及匯款資料(附件二)，一同寄至本會。經本會審核通過後，疫苗補助費用(1劑，不包含掛號費、注射費等行政相關費用)將逕匯至受款人帳號。  
 **受理申請補助時間為即日起至110年12月31日止(郵戳為憑)，逾期恕不受理；受理當年度(110年)之自費疫苗施打醫療單據。**

請將文件寄至10450台北市中山區長春路20號6樓 台灣弱勢病患權益促進會 收。

電話請洽:02-25604501分機170陳小姐或分機163徐小姐。

**附件一**

社團法人台灣弱勢病患權益促進會

**醫療弱勢病患肺炎鏈球菌疫苗接種 補助申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日期： | | | |  | | | | | 補助編號： | | **(此由本會填寫)** | | |
| 病友姓名 | |  | | | | 出生  年月日 | | |  | | | | 個案編號 | | **(本會填寫)** | | |
| 疾病名稱 | |  | | | | 身分證字號 | | |  | | | | 聯絡電話 | |  | | |
| 就診醫院/科別 | |  | | | | 申請人 | | |  | | | | 與病友關係 | | |  | |
| 聯絡地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **醫師填寫欄位** | **疾病**  **診斷名稱** |  | | | | | | | | | | | | | **醫師簽章** | | |
| **肺炎鏈球菌疫苗種類**  **(請勾選)** | □PCV結核型肺炎鏈球菌疫苗(13價)  □PPV多醣體疫苗(23價) | | | | | | | | **接種地點** | □醫院 □診所  □衛生所 □其他 | | | |  | | |
| 醫療單據**正本**黏貼處: (請浮貼) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受款人姓名 | |  | | | 與病友關係 | | |  | | | | | 申請人  簽名 |  | | | |
| **審核結果(此欄由本會審核人員填寫)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□ 通過，審核補助金額：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元**  **□ 不通過，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 承辦人員 | | | 執行秘書 | | | | 會辦 | | | | | 秘書長 | | | | | 理事長 |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  |

**必備資料：1.施打疫苗之醫療單據『正本』。2.受款人存摺影本。**

請將本申請單(附件一)與附件二資料寄至10450台北市長春路20號6樓 台灣弱勢病患權益促進會收。若有任何問題，請電洽:02-25604501分機170陳小姐或分機163徐小姐

社團法人台灣弱勢病患權益促進會

**醫療弱勢病患肺炎鏈球菌疫苗接種**

**附件二**

**受款人存摺影本黏貼處**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病友姓名 |  | | | | |
| 【匯款帳號存摺影本】  黏貼處  (請提供最新及正確之帳號，以利後續補助款項撥付)  帳號、戶名、銀行/郵局及分行名稱與代碼務必清楚  若非病患本人帳戶，請註明帳戶提供者與患者之關係 | | | | | |
| **戶名** | | **關係** | **銀行/郵局名稱** | **分行名稱** | **帳號** |
|  | |  |  |  |  |

本會承辦人員簽章：