

10 월 2 일 현재 만 59 세 또는 만 64 세 구민 여러분께

※ 대상자에 대한 자세한 내용은 '2024 년도 코로나 19 백신 접종 안내'를 확인하시기 바랍니다.

코로나 19 백신 임의 접종비용 지원제도 안내

코로나 19(신종 코로나바이러스 감염증) 백신 접종은 예방접종법에서 【생일 전날】 이후에 정기 예방접종으로 접종하도록 규정되어 있습니다. 그러나 아다치구는 임의 예방접종 비용 지원제도를 도입했으므로 본 용지 하단의 동의서란에 서명함으로써 【생일 전날】 전이라도 아다치구 발급 예진표를 사용하여 예방접종을 받을 수 있습니다.

임의 예방접종 대상자

60 세 또는 65 세 생일 전날 이전에 코로나 19 백신 접종 희망자

임의 예방접종 받는 방법

아래 동의서란에 서명하고 예방접종 예진표와 함께 **아다치구 소재 지정 의료기관**에 제출합니다.

※아다치구 자체적인 제도이므로 **아다치구 이외의 의료기관에서는 임의 예방접종을 받을 수 없습니다.**
생일 전날 이전에 **아다치구 이외의 의료기관에서 접종한 경우**, 비용 지원제도의 대상이 아니므로 본인이 전액 부담합니다.

임의 예방접종과 정기 예방접종의 차이

	임의 예방접종 (생일 전날 이전에 접종)	정기 예방접종 (생일 전날 이후에 접종)
본인부담액	무료	
접종 가능 시기	10 월 1 일 ~ 생일 전저일	생일 전날 ~ 다음 해 3 월 31 일
접종 가능 의료기관	아다치구 내 지정 의료기관 (타 구에서는 접종할 수 없습니다)	23 구 내 지정 의료기관
부작용 발생 시 보상	독립행정법인이 보상 (※)	국가가 보상
준비물	· 예방접종 예진표 · 보험증 등(의료기관에 따라 다름) · 동의서(본 용지)	· 예방접종 예진표 · 보험증 등(의료기관에 따라 다름)

(※) 임의 예방접종으로 인해 발생하는 부작용으로 생활에 지장을 줄 수 있는 장애가 남는 등 건강 피해를 입은 경우는 독립행정법인 의약품의료기기종합기구법에 따라 구제 대상이 될 수 있습니다.

< 동의서 >

임의 예방접종제도를 이용하여 접종받기를 희망합니다. 본 서식은 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 합니다. 이를 이해하고 본 서식이 아다치구에 제출되는 것에 동의합니다.

본인 서명 _____

긴급 연락처 _____