附件1

 甘肃省预防接种异常反应补偿标准

 一级甲等（死亡病例）补偿金计算标准

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年龄范围 | 补偿年限 | 计算公式 |
| 60周岁以下 | 20 | 甘肃省城镇居民人均可支配收入×补偿年限 |
| 60周岁以上 | 20（年龄每增加一岁减少一年；75周岁以上的，按五年计算） |

注：甘肃省城镇居民人均可支配收入来源于上一年度甘肃省发展年鉴。

 伤残病例补偿金计算标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 损害程度的分级 | 伤残系数 | 补偿年限 | 计算公式 |
| 一级乙等 | 1.0 | 20 | 甘肃省城镇居民人均可支配收入×补偿年限×伤残系数 |
| 二级甲等 | 0.9 | 20 |
| 二级乙等 | 0.8 | 20 |
| 二级丙等 | 0.7 | 20 |
| 二级丁等 | 0.6 | 20 |
| 三级甲等 | 0.5 | 20 |
| 三级乙等 | 0.4 | 20 |
| 三级丙等 | 0.3 | 20 |
| 三级丁等 | 0.2 | 20 |
| 三级戊等 | 0.1 | 20 |

注：甘肃省城镇居民人均可支配收入来源于上一年度甘肃省发展年鉴。损害程度四级：补偿总额最高为甘肃省上一年度城镇居民人均可支配收入。

附件2

甘肃省预防接种异常反应补偿

协议书

甘肃省卫生和计划生育委员会 制

甲方：（县、区卫生行政部门或疫苗生产企业）

乙方：（受种者或法定监护人）

甲乙双方根据《疫苗流通和预防接种管理条例》、《甘肃省预防接种异常反应补偿办法》规定，按照《预防接种异常反应诊断结论书》（××市预诊[年度]××号）/《预防接种异常反应鉴定结论书》（××市预鉴[年度]××号），完全自愿达成如下协议：

一、乙方对××年××月××日××（机构）做出的就 （受种者姓名）预防接种异常反应诊断/鉴定结论及损害程度分级无异议。

二、甲方对乙方给予一次性补偿（大写） 元。

三、签订此协议后，甲方应当于年月日前支付乙方本次预防接种异常反应补偿金。

四、本协议经双方签字或盖章后生效，乙方在签订此协议书并领取补偿金后，本次预防接种异常反应补偿程序即告终止。双方不得以该事件提起相关法律诉讼。

五、本协议一式二份，甲乙双方各一份。

六、双方就本事件放弃法律诉讼的相关权利。

甲方 （公章） 乙方（签字手印）

法人代表（签字）： 受种者或法定监护人（签字）

年 月 日 年 月 日

附：签订协议前，应查验受种者身份证、户籍证明原件，如受种者为未成年人应查验其受种者双方监护人的身份证、户籍证明原件及未成年人的出生证明，且法定监护人须提供村委会或居委会开具的法定监护人关系证明。同时须留存以上证件的复印件和证明材料的原件。