

<참고자료 1> 2026 경기도 중·고등학생 인플루엔자 예방접종 지원사업 개요

구분	내용
사업명 및 대상	2026 경기도 중·고등학생 인플루엔자 예방접종 지원사업 (2008.1.1. ~ 2011.12.31. 출생자 중 경기도 중·고등학교 재학생 또는 경기도 내 중3~고3 재학생 중 접종 희망자)
접종 기간	2026. 10. 5.(월) ~ 11. 21.(토)
지원 내용	인플루엔자 예방접종 1회당 30,000원 지원 (11.23.~12.4. 중 각 교육지원청에서 의료기관으로 사후 정산)
학생·학부모 유의사항	- 방문 전 의료기관 백신 잔여 수량 전화 확인 - 재학 증빙(나이스플러스 앱/학생증 등) 등 제출서류 지참 - 보호자 미동반 시 사전 동의서 작성·제출 - 현장 학생 본인 서명 및 20~30분 이상반응 관찰

<참고자료 2>

2026년 경기도교육청 중·고등학생 독감 예방접종 지원사업 안내 가정통신문

경기교육 대전환 크게 제대로!	가 정 통 신 문 [경기도교육청]	담당 부서 생활교육과 학생건강팀 ☎ 031-820-0872
[안내] 2026년 경기도교육청 중·고등학생 독감 예방접종 지원사업 접종일 변경		
안녕하십니까? 경기도교육청에서는 중·고등학생(2008.1.1.~2011.12.31.출생자)의 집단 인플루엔자 감염의 선제적 차단 및 건강한 학교생활 지원을 위해 기존에 안내드렸던 2026년 「인플루엔자 예방접종 지원사업」의 접종 일정을 일부 변경하여 실시하오니 접종을 희망하는 학생 및 보호자께서는 변경 일정 및 접종 가능 의료기관을 확인하시어 선정 기관 중 편리한 곳을 선택하여 해당 기간에 자율적으로 접종하시기 바랍니다. 1. 지원 대상 - 경기도 소재 학교 중3 ~ 고3 재학생 및 경기도 중·고등학생 중 2008. 1. 1. ~ 2011. 12. 31. 출생자 2. 지원 내용 및 방법 - 인플루엔자 3가 백신 접종비 1인당 30,000원 지원(접종 의료기관으로 지급함) - 보호자 동반 또는 동의서를 작성(뒷면) 지참 하에 학생이 지정된 의료기관을 개별적으로 방문하여 접종 받음 3. 예방접종 가능 기간 : 2026. 10. 5. (월)~ 11. 21. (토) 기간 내 접종 권장 지원 4. 접종 가능 의료기관 확인 방법 [교육지원청별 홈페이지 접근경로 기재 바람] - 경기도교육청 또는 학교 관할 교육지원청 홈페이지 공지 사항을 통한 확인 ※ 의료기관 위치, 경기도 중고등학생 예방접종 가능 여부 확인을 위해 사전에 필히 방문하려는 의료기관으로 연락하여 문의 바람 5. 중·고등학생 인플루엔자 예방접종 방법 ① 접종 가능 기간 중 접종을 원하는 지정 의료기관 검색(교육지원청 홈페이지 공지사항 내 안내된 기관 중 선택) ② 지정 의료기관 방문하여 재학 증명 확인(학생증 또는 재학증명서, 나이스플러스 앱 등을 통한 재학생 인증) ③ 의사 진료 및 예진표 작성, 예방접종, 이상반응 관찰(20~30분) 후 귀가 ※ 의료기관 방문 시 제출 서류 : 보호자 동의서 및 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서 작성제출(가정통신문 뒷면) 7. 유의 사항 - 본 사업은 경기도교육청이 자체적으로 인플루엔자 예방접종 비용을 지원하는 사업입니다. 따라서, 국가예방접종사업에 해당하지 않는 경우에는 감염병예방법에 따른 국가 예방접종 피해보상 제도가 적용되지 않을 수 있습니다. <u>예방접종 후 이상반응이 발생하거나 이상이 의심되는 경우에는 즉시 접종 의료기관 또는 가까운 의료기관에서 진료를 받으시기 바랍니다.</u> - 예방접종으로 인한 이상반응 신고 및 피해구제가 필요한 경우 한국의약품안전관리원을 통해 이상 사례를 접수하시기 바랍니다.(1644-6223(14-3330) 또는 의약품안전나라-전자민원/보고-국내이상사례보고(일반인)) - 자녀가 예방접종 후 급성 중증 이상반응 발생 여부 등을 관찰하기 위해 접종 후 20~30분 간 집중한 의료기관에 머무를 수 있도록 반드시 사전에 알려주시기 바랍니다. - 본 예방접종은 대상자의 자율적 동의하에 실시되며 출석이 인정되는 사안이 아님에 유의바랍니다. (예방접종 시, 가급적 방과 후 또는 주말 시간을 이용한 접종을 권장합니다.) - 성남시 거주자의 경우 성남시민 대상 독감 예방접종 사업비 지원을 받은 경우 중복지원 불가 8. 문의 : 00교육지원청 00과 (담당자 ☎ 031-000-0000) 2026. 0. 00. 경기도교육감 직인생략 ※ 본 가정통신문은 교육청에서 학부모님께 일괄 발송하는 것이며, 가정통신문 내용은 각급학교 홈페이지 가정통신문(교육청) 게시판 또는 스마트폰 학교(학부모)알리미 앱에서 보실 수 있습니다.		

[접종 의료기관 제출용] ※ 접종 의료기관 보관

① 중·고등학생 대상 인플루엔자 예방접종 보호자 동의서, ② 개인정보의 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

보호자 동의서는 보호자(법정대리인)가 접종 대상자와 동행하지 못하는 불가피한 경우, 접종 대상자(학생)가 단독으로 의료기관을 방문하여 예방접종을 실시하는 것에 대한 보호자(법정대리인) 동의 여부를 확인하기 위한 서류입니다. 접종 대상자가 단독으로 의료기관에서 예방접종 받는 것에 동의할 경우, **인플루엔자 예방접종 시행 동의서**를 작성하여 **학생이 의료기관에 제출**하고 예방접종을 받을 수 있도록 하여 주시기 바랍니다.

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서는 의료기관의 학생 접종 여부 확인 및 정산을 위해 필요한 학생 개인정보를 교육지원청에서 수집하기 위한 것이므로 학생 및 학부모님이 자필로 작성하여 **의료기관에 제출**하여 주시기 바랍니다.

본 사업은 경기도교육청이 자체적으로 인플루엔자 예방접종 비용을 지원하는 사업입니다. 따라서, 국가 예방접종사업에 해당하지 않는 경우에는 감염병예방법에 따른 국가 예방접종 피해보상 제도가 적용되지 않을 수 있습니다. 예방접종 후 이상반응이 발생하거나 이상이 의심되는 경우에는 즉시 접종 의료기관 또는 가까운 의료기관에서 진료를 받으시기 바랍니다.

보호자 동의서 및 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 작성란

1. 예방접종 시 유의사항, 발생 가능한 이상 반응, 접종 백신을 확인하고 확인란에 표시해 주십시오.

- 인플루엔자 예방접종 금기사항, 예방접종 전, 후 주의사항
- 인플루엔자 예방접종 후 이상 반응과 관련된 유의 사항
- 접종 지원 인플루엔자 : 3가 백신

위 내용을 모두 확인하였음 : 예 ☐ / 아니오 ☐

2. 예방접종 후 이상 반응 설명 및 미동행 확인 등을 위해 보호자의 연락 가능한 전화번호를 정확하게 작성해 주시기 바랍니다.

- 피접종자(학생) 제학정보 및 성명 : _____ 학교 _____ 학년 _____ 반/ 성명: _____
- 보호자 성명 : _____ • 피접종자(학생)와의 관계 : _____
- 보호자 휴대전화번호 : 010 - _____ - _____

2026년 월 일

보호자(법정대리인) 성명 : _____ (서명/인)

3. 개인정보의 수집·이용 및 제3자 제공 동의(작성, 제출 필수)

지자체의 인플루엔자 예방접종 사업과 중복 수급 방지 및 대상자 적격성 확인을 위해 다음과 같이 개인정보를 수집·이용합니다.

(1) 개인정보의 수집·이용 및 제3자 제공 동의

- 제공받는 자(제3자): 교육지원청, 경기도교육청, 성남의 경우 성남지역 보건소
- 수집·이용 항목: 성명, 생년월일, 학교명, 학년/반, 접종 일자 등
- 보유·이용 기간: 사업종료 및 정산 완료 시까지(단, 관련 법령에 따라 5년간 보관 가능)
- 개인정보 수집·이용, 제3자 제공에 동의하십니까? (예 ☐ / 아니오 ☐)

※ 정보 주체는 위와 같은 개인정보를 수집·이용하는 데 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의 거부 시 중복수급 확인이 불가하여 지자체 또는 교육청의 지원 대상에서 제외될 수 있습니다. 수집한 개인정보는 정보 주체 동의 없이 수집 목적 외로 사용하지 않습니다.

2026년 월 일

학생 성명 : _____ (서명/인) 보호자(법정대리인) 성명 : _____ (서명/인)