

長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い要綱

(目的)

第1条 この要綱は、ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（以下「HPVワクチン」という。）の積極的勧奨の差控えにより、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項に規定する予防接種（以下「定期接種」という。）の機会を逃した平成9年4月2日から平成17年4月1日までの間に生まれた女子であって、定期接種の対象年齢を過ぎてヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種を受けたものについて、当該任意接種の費用の助成（以下「償還払い」という。）を行うに当たり、必要な事項を定めることを目的とする。

(償還払いの対象者)

第2条 長久手市長（以下、「市長」という。）は、次の各号の全てに該当する者（償還払いと同種のものであると長久手市が認める措置による費用の助成を長久手市以外の市区町村から受けた者を除く。）に対して償還払いを行う。

- (1) 令和4年4月1日時点で長久手市に住民登録がある、平成9年4月2日から平成17年4月1日までの間に生まれた女子
- (2) 16歳となる日の属する年度の末日までにヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種において3回の接種を完了していないこと
- (3) 17歳となる日の属する年度の初日から令和3年度の末日までに日本国内の医療機関で組換え沈降2価HPVワクチン又は組換え沈降4価HPVワクチンの任意接種を受け、接種費用を負担したこと
- (4) 償還払いを受けようとする接種回数分について、キャッチアップ接種（予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）第1条の3第1項の表中ヒトパピローマウイルス感染症の項下欄第2号に該当することにより実施されるヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種をいう。）を受けていないこと

2 前項の規定にかかわらず、市長は、特に必要と認めた者に対して償還払いを行うことができる。

(償還額)

第3条 償還払いを行う範囲は前条第1項第3号の接種費用（最大3回接

種分まで)に相当する額(以下「償還額」という。)(別表1)とする。

2 償還額は接種を行った医療機関に対し支払った接種費用とし、接種費用に含まれないもの(接種に要した交通費、宿泊費、次条に掲げる書類の発行に要した文書料等)は対象としない。

3 前2項の規定にかかわらず、償還払いを受けようとする者が次条第1号に掲げる書類を提出しない場合には、償還額は、別表1の接種費用証明ができない場合で掲げる額とする。

(償還払いの申請及び支給の方式)

第4条 償還払いを受けようとする者は、長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請書及び請求書(様式第1号)に必要な事項を記入し、次の各号に掲げる書類を添付して市長に申請しなければならない。ただし、償還払いを受けようとする者が第2号に掲げる書類等を添付することができない場合には、長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請用証明書(様式第2号)の提出をもって第2号に掲げる書類等に代えることができる。

(1) 第2条第1項第3号の接種費用を支払った事実、その額及び接種回数を証明できる書類

(2) 償還払いを受けようとする者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等(写し)

(申請期限)

第5条 償還払いの申請期限は、令和7年3月末日とする。

(審査及び支給決定)

第6条 市長は、償還払いを受けようとする者から提出された書類等に基づき、償還払いの可否を審査するものとする。

2 市長は、第4条の申請があったときは、その内容を審査し、償還払いを行うことを決定したときは、長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費支給決定通知書(様式第3号)により、償還払いを行わないことを決定したときは、長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費不支給決定通知書(様式第4号)により、申請者に通知するものとする。

(支給)

第7条 市長は前条第2項により償還払いを行うことを決定したときは、

様式第3号の通知後、速やかに決定額を支給する。

(不正利得の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正の手段によって、この要綱による償還払いを受けた者に対し、当該償還を受けた額の全部又は一部の返還を求めるものとする。

(譲渡等の禁止)

第9条 この要綱による償還払いを受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、償還払いに係る事務の実施に必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年10月14日から施行する。

別表 1 (第 3 条関係)

		償還額	
		接種費用証明が できる場合	接種費用証明が できない場合
接 種 時 期	平成26年4月1日から 令和元年9月30日まで	16,920 円	16,232 円
	令和元年10月1日から 令和4年3月31日まで	17,233 円	16,533 円

長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請書及び請求書

（申請日） 年 月 日

長久手市長 殿

子宮頸がん予防ワクチン任意接種に係る費用の償還払いを、下記のとおり書類を添付のうえ申請します。長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い要綱を遵守します。

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

※申請者	ふりがな氏名			被接種者との続柄 本人・母・父・その他（ ）	
	現住所	〒		電話番号	
被接種者	ふりがな氏名	（□申請者と同じ）		生年月日	平成 年 月 日生
	現住所	（□申請者と同じ） 〒			
	令和4年4月1日時点の住所	（□現住所と同じ） 〒			

1. 助成申請金額

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス） <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）			
接種年月日・回数 （申請分のみ記載）		接種費用(A) （不明の場合不明と記載）	市記入欄	
			市の償還額(B)	決定金額※
1回目	H・R 年 月 日	円	円	円
2回目	H・R 年 月 日	円	円	円
3回目	H・R 年 月 日	円	円	円
※実施医療機関	住所	合計助成金額		
	医療機関名			
※複数の医療機関で接種した場合、下記に医療機関名・住所を記入				
				円

※「(A)と(B)を比較して、金額が低い方が決定金額となります。

2. 振込先

振込先金融機関	銀行 農協 信金	支店名	支店 出張所 本店	口座種目 普通・その他（ ）				
	ふりがな 口座名義人	申請者との続柄		口座 番号				

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下の欄に記入をお願いします。

委任状

私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

_____年 _____月 _____日 _____（申請者氏名）

3. 誓約・同意事項（項目に☑してください）

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）、接種日時点の住民基本台帳の登録自治体及び、医療機関等における情報について、長久手市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい
長久手市に申請したヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用について、他の自治体から費用の助成を受けたことはありません。	<input type="checkbox"/> はい
長久手市が償還払いを行った後、申請内容に偽りや相違があり支給要件に該当しなかったことが判明した場合には、長久手市から支給を受けた費用を返還することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい

<添付資料>

1. 接種記録が確認できる書類

「母子健康手帳、予防接種済証または接種済の記載がある予診票など」の写し」または「接種医療機関が作成した、『長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請用証明書』の原本」

2. 接種費用の支払いを証明できる書類（領収書、支払証明書等）の書類

領収書、支払証明書等、明細などで「接種日」「接種回数」等の接種記録が確認できる場合は、「1. 接種記録が確認できる書類」としても提出することができます。コピーで申請をする場合は、申請時にコピーと原本を併せて提出してください（確認後、原本をお返しします）。

「接種医療機関が作成した、『長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請用証明書』の原本」に接種金額が記載されている場合は、「1. 接種記録が確認できる書類」としても提出することができます。

接種費用の支払いを証明できる書類は、なくても申請することはできますが、その場合、助成金額は基準単価から事務費を除いた額となります。

※申請者と被接種者が異なる場合や、必要項目の確認のためなどで追加で書類の提出を求められます。

様式第2号(第4条関係)

長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い申請用証明書

年 月 日

長久手市長 殿

(被接種者情報)※申請者が記入

住所:

氏名:

生年月日:

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン(サーバリックス)			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン(ガーダシル)			
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	金額	接種量
	接種年月日			0.5 mL
	H・R 年		円	
	月 日			
	2回目	ロット番号	金額	接種量
	接種年月日			0.5 mL
	H・R 年		円	
	月 日			
	3回目	ロット番号	金額	接種量
	接種年月日			0.5 mL
	H・R 年		円	
	月 日			

実施医療機関名:

住所:

電話番号:

医師署名又は記名押印:

様式第3号（第6条関係）

長 第 号
年 月 日

様

長久手市長

長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった任意接種費用について、次のとおり支給することに決定したので、長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払い要綱第6条第2項の規定により通知します。

記

支給決定額

円

様式第4号（第6条関係）

長 第 号
年 月 日

様

長久手市長

長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費不支給
決定通知書

年 月 日付けで申請のあった任意接種費用について、次のとおり支給し
ないことに決定したので、長久手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意
接種費償還払い要綱第6条第2項の規定により通知します。

記

（不支給とした理由）