

松浦市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、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。）を行うことに関し、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 償還払いの対象者（以下「対象者」という。）は、次の各号の全てに該当する者とする。ただし、償還払いと同種のものであると本市が認める措置による費用の助成を他の市区町村から受けた者を除く。

- (1) 令和4年4月1日時点で本市に住所を有する者
 - (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者
 - (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、実費を負担した者
 - (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。）を受けていない者
- 2 前項の規定にかかわらず、市長が特に必要と認めた者については、対象者としてすることができる。

(償還払いの申請等)

第3条 償還払いを受けようとする者は、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書（様式第1号）（以下「申請書兼請求書」という。）に必要事項を記入し、次の各号に掲げる書類を添付して市長に提出しなければならない。

- (1) 第2条第1項第3号の実費を支払った事実、その額及び接種回数を証明できる書類（原本）
 - (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の写し。ただし、これらの書類等を添付することができない場合には、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書（様式第2号）の提出をもってこれに代えることができる。
- 2 市長は、前項の規定による償還払いの申請があったときは、その内容を審査し、

適正と認めるときは償還払いするものとする。

(申請期限)

第4条 償還払いの申請期限は、令和7年3月31日とする。

(償還額の支給等)

第5条 市は、第3条第2項の規定により、償還払いを行うことが決定した者に対し、第2条第1項第3号の実費（最大3回接種分まで）に相当する額（以下「償還額」という。）を支給するものとする。ただし、1回の接種につき申請日の属する年度において市が定めるヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種の基準単価を上限とする。

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、第3条第1項に掲げる書類の発行に要した文書料等）は対象としない。

(支給方法)

第6条 償還払いは、申請者から指定された金融機関の口座に振り込むことにより行うものとする。

(不当利得の返還)

第7条 市長は、偽りその他の不正な行為による償還払いを受けた者があるときは、当該償還額の全部又は一部を返還させることができる。

(受給権の譲渡又は担保の禁止)

第8条 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。

(関係機関との連携等)

第9条 市は、償還払いを行うことの決定のための調査又は過去に決定した償還払いに係る調査のために特に必要と認めるときは、申請書兼請求書で取得している同意の範囲内で、官公署その他の関係機関に対し、必要な資料の提供を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことができる。

(補則)

第10条 この告示に定めるもののほか、この告示の施行に関し必要な事項は、市長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、告示の日から施行する。

(失効)

2 この告示は、令和7年5月31日限り、その効力を失う。ただし、償還額の返還に係る第7条の規定については、この告示の失効後も、なおその効力を有する。

様式第1号（第3条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書

年 月 日

松浦市長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※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。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン				
	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目		年	月	日
		2回目		年	月	日
		3回目		年	月	日
	申請金額 (申請分のみ記載)	1回目		円	合計	円
		2回目		円		
		3回目		円		
	接種医療機関	名称				償還払い決定額 ※市記載欄
		住所				
TEL						
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所TELを記載					1回目	円
					2回目	円
					3回目	円
					計	円

※ 太線の枠内を記入してください。（裏面も同じ）

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 支所
		金融機関コード					支店番号		
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								
	フリガナ								
	口座名義人								
依頼人（申請者）氏名									

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、下欄に記入をお願いします。

<p>※委任状</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

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）及び医療機関等における情報について松浦市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キャッチアップ接種を受けましたか。はいの場合は、接種回数と接種を受けた自治体名を右記にご記載ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
本申請分の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がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し、（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。
- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）

※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

様式第2号（第3条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

松浦市長 様

（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		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン		
予防接種 を受けた 年 月 日	1 回 目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
	年		
	月 日		
	2 回 目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 mL
年			
月 日			
3 回 目	ロット番号	接種量	
接種年月日		0.5 mL	
年			
月 日			

実施場所：

医療機関コード：

医療機関名：

医師署名又は記名押印：