

各務原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

(令和4年7月31日決裁)

(趣旨)

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、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者について、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 市は、次の各号のいずれにも該当する者に対して償還払いを行う。

- (1) 令和4年4月1日時点で市に住民登録があること。
- (2) 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ること。
- (3) 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。
- (4) 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、実費を負担したこと。
- (5) 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）附則第5項の規定により読み替えて適用する同令第1条の3第1項の表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。
- (6) 償還払いと同種のものであると市が認める措置による費用の助成を市以外の自治体から受けていないこと。

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。

(償還払いの額)

第3条 償還払いの額は、前条第1項第4号の実費に相当する額とする。ただし、対象者1人につき3回の接種分を限度とする。

2 償還払いの対象となる実費に相当する額は、接種を行った医療機関に対し支払っ

た接種費用とし、接種に要した交通費、宿泊費、次条第1項に掲げる書類の発行に要した文書料等は、対象としないものとする。

- 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（以下「申請者」という。）が次条第1項第1号に掲げる書類を提出しない場合には、償還払いの額は、償還払いの申請日の属する年度に市が一般社団法人各務原市医師会との間で締結した契約に基づき委託する契約単価の額とする。

（償還払いの申請）

第4条 申請者は、各務原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申請書（様式第1号）に、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4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の原本
- （2）被接種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
- （3）その他市長が必要と認める書類

- 2 前項第2号に掲げる書類を添付することができない場合には、各務原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申請用証明書（様式第2号）の提出をもって当該書類に代えることができる。

（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。

（支給の決定）

第6条 市長は、第4条に規定する申請があったときは、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、前項の審査の結果、償還払いを行うことを決定したときは、各務原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用支給決定通知書（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、各務原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用不支給決定通知書（様式第4号）により、申請者に通知するものとする。

（支給方法）

第7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8条 市長は、偽りその他不正の手段により償還払いを受けた者があった場合は、当該償還払いをすることとした決定の全部又は一部を取り消し、償還払いをした額の返還を命ずることができる。

(受給権の譲渡又は担保の禁止)

第9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10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、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。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、令和4年8月1日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

各務原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申請書

年 月 日

（宛先）各務原市長

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		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	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				
	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					

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 出張所
	預金種別	普通・当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

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>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、各務原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
この申請書を、各務原市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱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、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）※申請時住所記載のマイナンバーカード、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4条関係）

各務原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申請用証明書

年 月 日

（宛先）各務原市長

（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		
	年		0.5 mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5 mL	
月 日			

実施場所：

医療機関コード：

医師名(医師署名)：

様式第3号（第6条関係）

各務原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用支給決定通知書

年 月 日

様

各務原市長

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、各務原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）

各務原市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用不支給決定通知書

年 月 日

様

各務原市長

年 月 日付けで申請のあった任意接種費用について、次の理由により支給しないことに決定したので、各務原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）