

防府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5月20日制定

(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 償還払いの対象者は、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市長が認める措置による費用の助成を本市以外の市区町村から受けた者を除く。）とする。

- (1) 令和4年4月1日時点で本市に住民登録があること
- (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、実費を負担したこと
- (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、市長が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。

(償還額の支給等)

第3条 償還金の額は、第6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、前条第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。)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。

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項第1号に掲げる書類を提出しない場合には、償還額は、償還払いの申請日の属する年度における本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に係る委託単価とする。

(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、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、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(写し)

(3) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、前項の規定により書類等が提出された場合は、当該書類等を確認の上、不適正受給が疑われる場合等明らかに支給要件に該当しない者を除き、申請を受け付ける。この場合において、前項の

規定により提出された書類等に不足があると認められるときは、市長は、申請者に対し必要書類の追加提出を求めるものとする。

(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。

(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条第1項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、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、行わないことを決定したときは、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に対し、支給を行った償還払いの全部又は一部の返還を求めることができる。

(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 市長は、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、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。

(委任)

第 1 1 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 6 月 1 日から施行する。

様式第 1 号

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

令和 年 月 日

(あて先) 防府市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

※申請できるのは接種を受けた本人に限ります。

フリナガ			
氏 名			
生年月日	年 月 日		
現 住 所	〒		
電話番号			
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 (申請分のみ記入)	1 回目	年 月 日	
	2 回目	年 月 日	
	3 回目	年 月 日	
申請金額 (申請分のみ記入)	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		
	T E L		
※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 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							

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、下記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。	
令和	年 月 日
申請者氏名	

【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、防府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、防府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】

- 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。(領収書等がない場合は、申請時にお申し出ください。)
- 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」欄の写し等又は「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」)
- ※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

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

令和 年 月 日

(あて先) 防府市長

(被接種者)

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	年 月 日
	2 回目	年 月 日
	3 回目	年 月 日

医療機関名  
医師署名又は記名押印

様式第 3 号

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

第 号  
年 月 日

様

防府市長

令和 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、防府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

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

第 号  
年 月 日

様

防府市長

令和 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、防府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)