

我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成要綱

(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。）の積極的勧奨が控えられていた期間に、HPVワクチンに係る予防接種法（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。）の対象であった者であって、16歳に達する日の属する年度の末日後にHPVワクチンを任意で接種したものについて、当該接種に要した費用（第9条において「任意接種費用」という。）を助成することに関し必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 この要綱に基づき費用の助成を受けることができる者は、次に掲げる要件のいずれにも該当する者（以下「被接種者」という。）又はその保護者とする。

- (1) 令和4年4月1日において本市の住民基本台帳に記録されていること。
- (2) 定期接種を3回受けていないこと。
- (3) 平成26年4月1日以後に17歳に達し、当該17歳に達する日の属する年度の初日から令和4年3月31日までの間に、国内に所在する医療機関において対象接種（組換え沈降2価HPVワクチン又は組換え沈降4価HPVワクチンをいう。以下同じ。）を受けていること

(助成対象費用及び助成金の額)

第3条 助成の対象となる経費は、対象接種に要した費用（他の地方公共団体から助成を受けた費用を除く。）とする。ただし、HPVワクチンの定期接種又は任意で接種した対象接種の回数の合計が3回を超えたものに要した費用は、助成の対象としない。

2 助成金の額は、前項の費用の額とし、定期接種に係る委託料の額を限度とする。

(助成金の申請)

第4条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添付し、市長に提出しなければならない。ただし、第3号に掲げる書類については、対象接種を受けた者の同意を得て市が保有する公募等により確認できるときは、これを省略することができる。

（1） 対象接種の接種日、回数及び種類を確認することができる書類の写し又は我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種証明書（様式第2号）

（2） 対象接種に要した費用の額及び当該額を支払った事実を証する書類

（3） 被接種者の令和4年4月1日における住所が確認できる住民票の写し

（助成金の交付決定）

第5条 市長は、前条の規定による申請があったときは、速やかにその内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付決定（却下）通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

（助成金の請求）

第6条 前条の規定により助成金の交付の決定を受けた者は、助成金の交付を受けようとするときは、我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金請求書（様式第4号）により市長に請求しなければならない。

（助成金の返還）

第7条 市長は、偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けた者があるときは、当該交付の決定を取り消し、その者から当該助成金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 助成金の交付を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはならない。

（補則）

第9条 この要綱に定めるもののほか、任意接種費用の助成に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、公示の日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

（表）

我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名		(年齢)	(歳)
令和4年4月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 申請者の現住所と同じ 我孫子市		
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		
接種費用の額	(1回目)	円	接種年月日 年 月 日
	(2回目)	円	接種年月日 年 月 日
	(3回目)	円	接種年月日 年 月 日

(裏)

添付書類

- 1 HPVワクチンの任意接種の接種日、回数及び種類を確認することができる書類（母子健康手帳の写し等）又は我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種証明書
- 2 HPVワクチンの任意接種に係る領収書
- 3 被接種者の令和4年4月1日における住所が確認できる住民票の写し
(次の同意書により同意した場合は、省略可)

同 意 書

私は、我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金の交付の決定に当たり、住民基本台帳及び医療機関等における予防接種に係る情報について、市職員が確認することに同意します。

我孫子市長 あて

被接種者の氏名

様式第2号（第4条関係）

我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種証明書

年 月 日

我孫子市長 あて

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

上記の者がHPV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		0.5mL
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5mL
	年 月 日		

接種医療機関

医療機関コード

医師署名又は記名押印

様式第3号（第5条関係）

我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付決定
（却下）通知書

第 号
令和 年 月 日

様

我孫子市長 回

令和 年 月 日付けで申請のあった我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金の交付について、次のとおり決定（却下）したので通知します。

1 決定

交付決定額	円
被接種者氏名	
交付予定日	

2 却下

理由	
----	--

様式第4号（第6条関係）

我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金請求書

年 月 日

我孫子市長 あて

請求者 住 所
氏 名 ㊟
電話番号

我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金を次のとおり請求します。

請 求 金 額		円									
フリガナ											
被接種者の氏名											
振 込 口 座	金融機関名	銀 行 信用金庫 組 合 農 協			支店名			支店			
	預金の種別	普通・当座	口座番号								
	フリガナ										
	名 義 人										