

砥部町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に関する要綱

令和4年6月21日

砥部町告示第129号

(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。)の積極的勧奨の差し控えにより、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者に対し、当該任意接種の費用を助成(以下「償還払い」という。)することについて、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 償還払いの対象となる者は、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町長が認める措置による費用の助成を砥部町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日時点で砥部町に住民登録がある者
- (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、町長は、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ものとする。

(償還額の支給等)

第3条 町長は、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。)を支給するものとする。

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項各号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2号に掲げる書類を提出しない場合の償還額は、次条第1項の規定による申請をした日の属する年度における砥部町が実施するヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種の委託料単価とする。

(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

種償還払い申請書兼請求書（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町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1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1号に掲げる書類に代えることができることとし、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、省略することができることとする。

(1) 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

(2) 第2条第1項第3号の実費を支払った事実及びその額を証明できる書類の原本

2 町長は、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きは、町長は、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 前条第1項の規定による申請の期限は、令和7年3月31日とする。

(支給決定)

第6条 町長は、第4条第1項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、償還払いの可否を決定するものとする。

(支給方法)

第7条 第4条第1項の規定による申請による償還額の支給は、申請者から指定された金融機関の口座に振り込む方法により行うものとする。

(不当利得の返還)

第8条 町長は、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、支給を行った償還額の返還を求めるものとする。

(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 町長は、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。

(補則)

第11条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

様式第1号 (第4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

砥部町長 様

申請者(請求者)

住 所

氏 名

㊞

被接種者
との続柄

電話番号

砥部町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に関する要綱第4条の規定により、次のとおり申請するとともに請求します。

また、申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、砥部町長が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。

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(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 ※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 (請 求) 金 額 ※申請分のみ記載	1回目	円	合計		
		2回目	円			
		3回目	円		円	
	接 種 医 療 機 関	名 称				
		住 所				
電 話 番 号						
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・電話番号を記載						

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								
依頼人(申請者)氏名									

申請者(請求者)と口座名義人が異なる場合、下記受領委任欄に記入してください。

受領委任状
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (署名又は記名押印)</p>

【添付書類】

- 1 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、接種済みの記載がある予診票等の写し又は様式第2号
- 2 接種費用の支払いを証明する書類(領収書又は支払証明書等) ※原本に限る。

様式第2号（第4号関係）

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

砥部町長 様

（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	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		

※実施した回数分のみ記載してください。

※ロット番号や接種費用が不明な場合は、その旨明記してください。

医 療 機 関 所 在 地：

医 療 機 関 名：

医師署名又は記名押印：