

鹿屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費の償還払に関する要綱

(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18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の助成（以下「償還払」という。）を行うことについて、必要な事項を定めるものとする。

(償還払の対象者)

第2条 市長は、次の各号のいずれにも該当する者（償還払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。）に対して償還払を行う。

- (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予防接種の対象者欄に掲げる者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、市長は、特に必要と認めた者に対して償還払を行うことができる。

(償還額)

第3条 市長は、第6条の規定により償還払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接種費用に含まれないものは対象としない。

3 前2項の規定にかかわらず、償還払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の償還額の上限は、償還払の申請日の属する年度における市長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単価とする。

（申請等）

第4条 申請者は、鹿屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払申請書（別記第1号様式。以下「申請書」という。）に次の各号に掲げる書類を添えて、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の原本

(2) 対象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 前項の規定にかかわらず、申請者が前項第2号に掲げる書類を添えることができない場合は、鹿屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払申請用証明書（別記第2号様式）の提出をもって同号に掲げる書類に代えることができる。

3 市長は、第1項の規定による申請があった場合は、申請書等を確認の上、明らかに支給要件に該当しないときを除き、申請を受け付ける。この場合において、前2項に規定する申請書等に不足があるときは、申請者に対し必要な書類の提出を求めるものとする。

（申請期限）

第5条 償還払の申請期限は、令和7年3月31日とする。

（支給の決定及び方法）

第6条 市長は、第4条第1項の申請があった場合は、その内容を審査し、償還払を行うことを決定したときは鹿屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還額支給決定通知書（別記第3号様式）により、償還払を行わないことを

決定したときは鹿屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還額不支給決定通知書（別記第4号様式）により、申請者に通知するものとする。

2 償還払は、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、偽りその他不正の手段により償還払を受けた者に対し、支給済みの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8条 償還払を受ける権利は、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）

第9条 市長は、第6条の審査又は過去に決定した償還払に係る調査のために特に必要と認めるときは、申請書で取得した同意の範囲内で、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。

（その他）

第10条 この要綱に定めるもののほか、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4月1日から施行する。

別記

第1号様式（第4条関係）

鹿屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払申請書

年 月 日

鹿屋市長 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	印		
	現住所	〒		
	電話番号			

注 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				
	住所				
	電話番号				
注 複数の医療機関で接種した場合、以下に名称、住所及び電話番号を記載してください。					

私が受領する償還額について、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 農協 金庫 信連 信組						本・支店 本・支所 出張所		
		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込みを希望する場合は、委任状欄に記入してください。

委任状	
私は、上記口座名義人に償還額の受領に関する一切の権限を委任します。	
年	月 日
申請者氏名 (署名又は記名押印)	

【誓約・同意事項】注 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、鹿屋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。	☐はい ☐いいえ
鹿屋市において支給決定をした後は、この申請書を償還額の請求書として取扱うことに同意しますか。	☐はい ☐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欄にご記載ください。	☐はい ☐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。	☐はい ☐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合せを行いましたか。	☐はい ☐いいえ
申請内容に偽りがあった場合、相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの償還額を返還することに同意しますか。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】

- 被接種者（申請者と異なる場合は双方）の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等いずれか一つ）
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）
- 任意接種費用の支払を証明する書類の原本（領収書、明細書、支払証明書等）
- 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）

注 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。

第2号様式（第4条関係）

鹿屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還払申請用
証明書

年 月 日

鹿屋市長 様

(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	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 :

医師名 :

医師署名又は記名押印 :

第3号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

鹿屋市長 印

鹿屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還額支給決定
通知書

年 月 日付けで申請のあった任意接種費の償還額について、次の
とおり支給することに決定したので、鹿屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る
任意接種費の償還払に関する要綱第6条の規定により通知します。

記

支給決定額 円

第4号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

鹿屋市長 

鹿屋市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費償還額不支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった任意接種費の償還額について、次のとおり支給しないことに決定したので、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費の償還払に関する要綱第6条の規定により通知します。

記

（不支給とした理由）