

伊勢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償還払い
要綱

(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、次の各号のいずれにも該当する者（償還払いと同種のものであると本市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日時点で本市に住所を有すること。
- (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（接種に要した交通費、宿泊費、第4条第1項に掲げる書類の発行に要した文書料等を除く。）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は対象者とする。

(償還の額等)

第3条 市長は、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。）を支給するものとする。ただし、償還額は、別表に定める接種を受けた年度のHPVワクチン基準単価（以下「限度額」という。）を限度とする。

2 前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の償還額は、限度額とする。

(償還払いの申請)

第4条 申請者は、伊勢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兼請求書（第1号様式）に必要な事項を記入し、次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。

- (1) 第2条第1項第3号に規定する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) 償還払いの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（写し）

2 申請者が前項第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、伊勢

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（第2号様式）の提出をもって前項第2号に掲げる書類等に代えることができる。ただし、医療機関の閉院又は診療記録保管年限の経過等による理由で伊勢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を提出できない場合は、申立書（第3号様式）に代えることができる。

- 3 市長は、前各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場合を除き、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、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項に規定する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伊勢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（第4号様式）により、償還払いを行わないことを決定したときは伊勢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（第5号様式）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 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、伊勢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兼請求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11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（令和4年6月30日告示第110号）

この告示は、令和4年7月1日から施行する。

附 則（令和5年3月17日告示第21号）

（施行期日）

- 1 この告示は、公表の日から施行する。

（経過措置）

- 2 この告示の施行の際現に存するこの告示による改正前の伊勢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償還払い要綱に定める様式により使用され

ている書類は、当分の間、必要な修正をした上で使用することができる。

別表（第3条関係）

接種を受けた年度	HPVワクチン 基準単価
平成26年度	17,658円
平成27年度	17,658円
平成28年度	17,679円
平成29年度	17,679円
平成30年度	17,679円
平成31年／令和元年度（平成31年4月から令和元年9月まで）	17,679円
令和元年度（令和元年10月から令和2年3月まで）	18,007円
令和2年度	18,073円
令和3年度（令和3年4月から令和3年9月まで）	18,128円
令和3年度（令和3年10月から令和4年3月まで）	18,073円

(表)

第1号様式(第4条関係)

伊勢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兼請求書

年 月 日

伊勢原市長 様

このことについて、次のとおり助成を受けたいので関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな 氏名	(印)	接種を受けた 者との続柄
	現住所	〒	
	電話番号 (日中の連絡先)		

※申請できるのは接種を受けた本人、又は本人が未成年(18歳未満)の場合はその保護者となります。

※該当する場合☑を入れてください。

被 接 種 者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年 月日	年 月 日	
	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
	※1 請求金額	円			
	接種 医療機関	名称			
		住所			
電話					
※複数の医療機関で接種した場合、この欄に名称・住所・電話を記載					

※1 請求金額は裏面内訳の申請額の合計から転記してください。

(裏面あり)

(裏)

【振込口座】

私が受領する任意接種費用について、次の指定口座への振込を依頼します。

金融機関名		店名	本店 支店	種類	普通・当座
口座番号		ふりがな 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は、下欄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。

年 月 日

申請者氏名 _____ (印)

【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、伊勢原市が必要と認める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
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回数 _____ 回 自治体名 _____
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

申請内容に誤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なります。

【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）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、マイナンバーカード（表面）、健康保険証（両面）などいずれか一つ
- 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いずれか一つ
- 振込先口座番号及び口座名義人が記載された通帳の写し又はキャッシュカードの写し
- 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。

※内訳

接種費用④領収書の金額			補助限度額⑤			申請額 ④と⑤の少ない方
1回目	円 + 2回目	円	1回目	円 + 2回目	円	円
+ 3回目	円 =	円	+ 3回目	円 =	円	

第2号様式（第4条関係）

伊勢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

伊勢原市長 様

（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感染症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				

※ロット番号が不明の場合は「不明」と御記入ください。

実施場所：

(医用機関名)

医療機関コード：

医師署名又は記名押印

第3号様式（第4条関係）

申 立 書

年 月 日

伊勢原市長 様

申請者

住 所： _____

氏 名： _____ (印)

この度、私は伊勢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を次の理由により提出できませんので、ワクチン内容等について次のとおり申し立てます。
 なお、この申立書の内容に虚偽があることが判明した場合には、償還金は返還します。

被接種者 氏 名			
接 種 医療機関	医療機関名 _____		
	住 所 _____		
	電 話 番 号 _____		
理 由	<input type="checkbox"/> 閉院 <input type="checkbox"/> 診療記録保管期間が5年経過したため <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
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			

※該当する項目に☑を入れてください。

※ロット番号が不明の場合は「不明」と御記入ください。

第4号様式（第6条関係）

年 月 日

伊勢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

伊勢原市長



年 月 日付けで申請のありました伊勢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については、次のとおり決定しましたので伊勢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。

被接種者 氏 名		生年月日	
住 所			
支給決定金額	円		
内 訳	予防接種の種類・回数		金額
	組換え沈降2価HPV ワクチン・	回	円
	組換え沈降4価HPV ワクチン・	回	円
振 込 先	金融機関名		支店名
	種 類	普通・当座	口座番号
	振込み予定日	年 月 日	

(事務担当は)

第5号様式（第6条関係）

年 月 日

伊勢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

伊勢原市長



年 月 日付けで申請のありました伊勢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については、次のとおり決定しましたので伊勢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。

被接種者 氏 名		生年月日	
住 所			
決定区分	この申請を不交付と決定します。		
不交付の理由			

（事務担当は _____ ）