

船橋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

(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つて、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（医師による診察の結果、接種を見合わせたほうがよいとされた者を含む）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 市長は、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市長が認める措置による費用の助成を市以外の自治体から受けた者を除く。）に対して償還払いを行う。

- (1) 令和4年4月1日時点で市に住民登録があること。
- (2) 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
- (3) 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。
- (4) 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、接種費用を負担したこと又は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ようと医師による診察を受けた結果、接種を見合わせたほうがよいと判断され、予診費用を負担したこと。
- (5) 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。

(償還額の支給等)

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、別表に掲げる接種日又は予診日の属する年度における上限額の範囲で第2条第1項第4号の接種費用（最大3回接種分まで）に相当する額又は予診費用に相当する額を支給するものとする。

2 償還の対象となる費用は、接種を行った医療機関に対し支払った接種費用又は予診費用とし、接種費用又は予診費用に含まれないもの（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）は対象としない。

- 3 前2項の規定にかかわらず、第2条第1項第4号の接種費用を負担し、償還払いを受けようとする者（以下「申請者」という。）が第4条第1項第2号に掲げる書類のみ提出し、第4条第1項第1号に掲げる書類を提出しない場合には、別表に掲げる接種日の属する年度における第4条第1項第1号の提出がない場合の金額を支給するものとする。ただし、医師による診察を受けた結果、接種を見合わせたほうがよいと判断され予診のみとなった場合で、第4条第1項第1号に掲げる書類を提出しない場合は、対象外とし、支給しない。

（償還払いの申請及び支給の方式）

第4条 申請者は、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（第1号様式）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、申請者が次の各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（第2号様式）又は第2号様式で記載すべき項目が全て記載され、その記載内容について実施医療機関が証明する書類の提出をもって次の各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4号の接種費用又は予診費用を支払った事実、その額及び接種回数を証明できる書類（原本）
- (2) 申請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又は予診のみとなった事実の記載がある予診票等（写し）

- 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。

（審査及び支給方法）

第6条 市長は、第4条第1項の規定による申請があったときは、申請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、前項の規定による審査の結果、償還払いを行うことを決定したときは、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償還払いを行うものとする。

- 3 市長は、第1項の審査の結果、償還払いを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3号）により、申請者に通知するものとする。

（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8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9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10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。

別表

(単位：円)

接種日（予診日） の属する年度	接種費用		予診のみ
	接種費用 の上限額	第4条第1項第1号の 提出がない場合の金額	予診のみ の上限額
平成25年度	15,620	12,600	2,830
平成26年度	16,070	12,960	2,910
平成27年度	16,200	12,960	3,040
平成28年度	16,200	12,960	3,040
平成29年度	16,220	12,960	3,040
平成30年度	16,220	12,960	3,040
平成31年度（4～9月）	16,220	12,960	3,040
平成31年度（10～3月）	16,520	13,200	3,100
令和2年度（4～9月）	16,520	13,200	3,100
令和2年度（10～3月）	16,580	13,200	3,160
令和3年度	16,580	13,200	3,160

第1号様式(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

令和 年 月 日

船橋市長 あて

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

- ・消えるボールペン、修正液は使用できません。
- ・訂正する場合は二重線で消し、訂正印（申請者印と同じもの）を押印してください。

捨 印

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			

※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	☐ 申請者		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名	と同じ			
	現 住 所	☐ 申請者 と同じ	〒		
	令和4年4月1日 時 点 の 住 所	☐ 現住所 と同じ	〒 船橋市		
	ワクチン の 種 類	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン			
		☐ 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	2回目	3回目	
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	※診察の結果、接種を見合わせたほうがよいと判断された場合、下記に予診年月日と申請金額を記載				
	申 請 金 額 (申請分のみ記載)	1回目	2回目	3回目	
	円	円	円		
接種医療 機関	名称				
	住所				
	TEL				
※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					

市担当者記入欄

交付決定額	円
-------	---

← こちらには記入しないでください。

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 支所 支店				
		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り込みを希望される場合、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。	
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、船橋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
この申請書を、船橋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。	□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記にご記載ください。	□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等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い合わせを行いましたか。	□はい □いいえ
船橋市において支給決定をした後は、申請金額の変更を出来ないことに同意しますか。	□はい □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。	□はい □いいえ

【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、健康保険証(両面)などいずれかひとつ

□振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー(口座番号等確認用)

□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。

□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)

□(口座名義や領収書の宛名等が旧姓の場合)免許証の裏書等、新姓と旧姓が確認できるものの写し

※申請者と被接種者が異なる、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）

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

船橋市長 あて

（被接種者情報）※申請者が記入

住 所：

氏 名：

生年月日：

1. 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	☐ 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）	
	☐ 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）	
回数	接種年月日	領収額（税込）
1回目	年 月 日	円
2回目	年 月 日	円
3回目	年 月 日	円

2. ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種するために上記の者を診察した結果、接種を見合わせたほうがよいと判断したことを証明します。

予 診 の み	予診年月日	領収額（税込）
	年 月 日	円

実施医療機関名：

住 所：

電 話 番 号：

医師署名又は記名押印：

第3号様式（第6条関係）

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

令和 年 月 日

様

船橋市長

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、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3項の規定により通知します。

記

（不支給とした理由）