

綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成事業実施要綱

(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、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の予防接種（以下「任意接種」という。）を受けた者に対し、その費用の全部又は一部を助成することについて必要な事項を定めるものとする。

(助成の対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次に掲げる要件のいずれにも該当する者又はその保護者とする。

- (1) 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、令和4年4月1日時点で綾瀬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、その接種費用を被接種者又はその保護者が医療機関に支払っていること。
- (4) 助成を受けようとする任意接種の回数分について、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）附則第5項の規定により読み替えられた同令第1条の3第1項の表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。
- (5) この要綱による助成と同種のものであると市長が認める助成を他の地方公共団体から受けていないこと。

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助成を行うことができる。

(助成額等)

第3条 助成金の額は、任意接種1回につき、対象者が任意接種を行った医療機関に支払った接種費用（接種に要した交通費、宿泊費、接種に係る証明書の発行に要した文書料等を除く。）の額又は別表の左欄に掲げる接種日の区分に応じ、それぞれ同表の右欄に掲げる基準単価の額のいずれか少ない額とする。

2 前項の規定にかかわらず、助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）が次条第2号に掲げる書類を提出しない場合における助成金の額は、別表の左欄に掲げる接種日の区分に応じ、それぞれ同表の右欄に掲げる基準単価の額とする。

3 助成金の交付対象となる任意接種の回数は、3回を上限とする。

（助成の申請）

第4条 申請者は、綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成申請書（第1号様式）（以下「助成申請書」という。）に次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) 本人確認書類（申請者と被接種者が異なる場合は、双方の書類）の写し

(2) 接種費用に係る医療機関の領収書その他接種費用の額及びその支払いを証する書類

(3) 助成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、接種済みの記載がある予診票等の写し又は綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成用証明書（第2号様式）

(4) その他市長が必要と認める書類

（申請期限）

第5条 助成申請書の提出期限は、令和7年3月31日とする。

（助成の決定）

第6条 市長は、第4条の規定による助成申請書の提出があったときは、その内容を審査し、助成の可否を決定し、綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成決定通知書（第3号様式）により、申請者に通知するものとする。

（助成金の請求及び助成）

第7条 前条の規定による助成の決定を受けた者は、速やかに綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成請求書（第4号様式。以下「助成請求書」という。）を市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の規定による助成請求書の提出を受けたときは、速やかに助成金を交付するものとする。

(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助成を受けた者に対し、交付した助成金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 助成金の交付を受ける権利は、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、助成金の交付の決定のために特に必要と認めるときは、申請者の同意を得て、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、助成金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和5年1月10日から施行する。

(この要綱の失効)

2 この要綱は、令和7年3月31日限り、その効力を失う。ただし、同日以前に第6条の規定による助成の申請をした者に係るこの要綱の規定は、この要綱の失効後も、なおその効力を有する。

別表（第3条関係）

接種日	基準単価
平成26年4月1日～平成28年3月31日	16,362円
平成28年4月1日～令和元年9月30日	16,383円
令和元年10月1日～令和3年3月31日	16,753円
令和3年4月1日～令和3年9月30日	16,808円
令和3年10月1日～令和4年3月31日	16,753円

第1号様式（第4条関係）

綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成申請書

年 月 日

(宛先) 綾瀬市長

綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	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 (予防接種を受けた人)	ふりがな 氏名				
	生年月日	平成	年	月 日	
	現住所				
	令和4年4月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ 綾瀬市			
予防接種の詳細 (申請分のみ記載)	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルスワクチン (サーバリックス) <input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルスワクチン (ガーダシル)			
	予防接種を受けた年月日	1回目	年	月 日	
		2回目	年	月 日	
		3回目	年	月 日	
	申請金額	1回目	円	合計	
		2回目	円		
		3回目	円		円
	接種した医療機関	名称			
		住所			
		電話番号			
※複数の医療機関で接種した場合、全ての医療機関の名称・住所・電話番号を記載					
キャッチアップ接種※の状況	<input type="checkbox"/> 受けていない				
	<input type="checkbox"/> 受けた	接種回数	回	接種を受けた市区町村名	

※令和4年4月1日以降の接種

【裏面も記入】

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

助成金の審査に当たり、住民基本台帳の登録事項（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接種状況等について、市が調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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はありません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、交付された助成金を返還します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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

※申請時の住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などのいずれか

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）の原本

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」欄等）の写し又は綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成用証明書

第2号様式（第4条関係）

綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成用証明書

（被接種者情報） ※申請者が記入

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 平成 年 月 日

※接種記録が確認できる母子健康手帳や予防接種済証又は予診票
（写し）がある場合は提出不要

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価ヒトパピローマウイルスワクチン (サーバリックス)		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価ヒトパピローマウイルスワクチン (ガーダシル)		
予防接種 を受けた 年月日等	1回目	接種年月日	
		ロット番号	接種量0.5ml
	2回目	接種年月日	
		ロット番号	接種量0.5ml
	3回目	接種年月日	
		ロット番号	接種量0.5ml

令和 年 月 日

実施医療機関 名 称 : _____

所在地 : _____

電話番号 : _____

医師署名

又は

記名押印 : _____

第3号様式（第6条関係）

綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成決定通知書

令和 年 月 日

様

綾瀬市長



年 月 日付けで提出のありました綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

- 1 決定区分 助成する。
 助成しない。

(理由：)

2 助成決定額 _____ 円

第4号様式（第7条関係）

綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成請求書

年 月 日

(宛先) 綾瀬市長

申請者 住 所

氏 名

綾瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成事業実施要綱
第7条の規定により、次のとおり請求します。

件 名	金 額
ヒトパピローマウイルス感染症に 係る任意接種費助成金	円

<振込先>

フリガナ			
口座名義人			
金融機関コード			
金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 その他 ()	支 店 名	支 店
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当 座	口座番号	