

東浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金支給要綱

(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接種を受けた者に対して予算の範囲内において交付する東浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金（以下「助成金」という。）の支給に関し、東浦町補助金等交付規則（昭和52年東浦町規則第5号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(助成金の対象者)

第2条 助成金の支給対象者は、定期接種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、次の各号に掲げるいずれにも該当するものとする。

- (1) 令和4年4月1日時点において本町の住民基本台帳に記録されていること。
- (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4年3月31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（以下「任意接種」という。）を受け、実費を負担したこと。
- (4) 助成金の支給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）附則第5項の規定により読み替えて適用する第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。
- (5) 助成金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本町以外の市町村から受けていないこと。

2 前項の規定にかかわらず、町長が特に必要と認めた者に対して助成金の支給を行うことができるものとする。

(助成金の額)

第3条 助成金の額は、助成金の支給を受けようとする者が、17歳となる日の属する年度の初日から令和4年3月31日までに支払った任意接種（3回分の接種を上限とする。）の実費（文書料を除き、1回の任意接種につき16,753円を限度額とする。）に相当する額（支払った額が不明の場合は、1回の任意接種につき16,753円）以内において町長が定める額とする。

(助成金の申請)

第4条 助成金の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、東浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金支給申請書（様式第1）に必要事

項を記入し、次の各号に掲げる書類を添付し、令和7年3月31日までに町長に提出するものとする。

- (1) 任意接種の実費を支払った事実及び接種回数を確認できる書類
- (2) 任意接種の実費に相当する額が分かる場合は、当該額を確認できる書類
- (3) 助成金を受けようとする者の接種記録を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（写しを添付することが出来ない場合には、東浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種証明書(様式第2)の提出をもって当該書類等に代えることができるものとする。）
- (4) その他町長が必要と認める書類
(支給決定)

第5条 町長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成金の支給の可否及び助成金の額を決定し、東浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金支給（不支給）決定通知書（様式第3）により申請者に通知するものとする。

(助成金の請求及び支給)

第6条 町長は、第4条の規定による申請があったときは、前条の規定により通知した助成金の決定額について請求があったものとみなし、前条の規定により助成金の支給を決定された者（以下「助成対象者」という。）に対し、助成金を支給するものとする。

2 助成金の支給は、申請者から指定された金融機関の口座に振り込むことにより行うものとする。

(支給決定の取消し及び助成金の返還)

第7条 町長は、助成対象者が次の各号のいずれかに該当する場合は、助成金の支給の決定の全部若しくは一部を取り消し、又は既に支給した助成金の全部若しくは一部を返還させるものとする。

- (1) 虚偽の申請その他の不正な行為により、支給決定を受けたとき。
- (2) その他町長が不相当と認める事由が生じたとき。

(受給権の譲渡又は担保の禁止)

第8条 助成金の支給を受ける権利は、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 町長は、助成金の支給を行うことの決定のための調査又は過去に決定した助成金の支給に係る調査のために特に必要と認めるときは、東浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金支給申請書で取得している同意の範囲内で、官公庁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、助成金の支給に関し必要な事項は、町長が定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年7月1日から施行する。
- 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、第6条、第7条及び第9条の規定は、同日以後もなお効力を有する。

様式第1（第4条関係）

東浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金支給申請書

年 月 日

東 浦 町 長

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			
	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	<input type="checkbox"/> 申請者		生年	年 月 日	
	氏 名	と同じ		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"/> 申請者 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						
※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

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下欄に記入をお願いします。

<p>※委任状</p> <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>年 月 日</p> <p>申請者氏名</p>

【誓約・同意事項】※該当する項目にチェックを入れてください。

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、本町が必要と認める場合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
この申請書を、本町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り扱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記に記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<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。	<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）
※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）など
 - 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（口座番号確認用）
 - 接種費用の支払いを証明する書類（領収書、明細書、支払証明書等）※原本に限る。
 - 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）
- ※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、追加の書類を求めることがあります。

様式第2（第4条関係）

東浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種証明書

年 月 日

東 浦 町 長

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		
	年		0.5mL
	月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5mL
	月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
接種年月日			
年		0.5mL	
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：

様式第3（第5条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金支給（不支給）決定通知書

年 月 日

様

東浦町長

年 月 日付けで申請のあった任意接種費用について、次のとおり支給すること（支給しないこと）を決定したので、東浦町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金支給要綱の規定により通知します。

記

支給決定額 円

不支給とした理由