

伊丹市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の償還払いに関する要綱

(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。）接種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。）の機会を逃した者で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ついて、当該任意接種の費用の一部助成（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。

(償還払いの対象者および予防接種)

第2条 市は、次の各号の全てに該当する者（本要綱に基づく償還払いを受けた者またはこれと同種のものであると市が認める措置による費用の助成を伊丹市以外の市区町村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日時点で伊丹市に住民登録がある平成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。
 - (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ワクチンまたは組換え沈降4価HPVワクチンの任意接種を受け、接種費用を自己負担していること。
 - (4) 償還払いを受けようとする接種回数分について、「令和4年3月18日付け健発0318第17号「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」の一部改正について」により、令和4年4月1日より実施の、時限的に、従来の定期接種の対象年齢を超えて行う接種（キャッチアップ接種）を受けていないこと、または予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に該当する者で予防接種法（昭和23年6月30日法律第68号）第5条第1項において当該市区町村の区域内に居住する者であって政令で定めるものに対し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。

(償還払いの範囲)

第3条 市は、第6条第1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。

2 償還額は接種を行った医療機関に対し支払った接種費用とし、接種費用に含まれないもの（接種に要した交通費、宿泊費、第5条に掲げる書類の発行に要した文書料等）は対象としない。

（償還額の決定）

第4条 市長が償還払いの対象者に支払う償還額は、予防接種に実際に要した「費用」と、市と一般社団法人兵庫県医師会との間で締結されている広域的予防接種委託契約（以下「委託契約」という。）に基づく予防接種の費用のいずれか少ない額とする。

（償還払いの交付申請）

第5条 被接種者または被接種者が未成年の場合はその保護者で、償還払いを受けようとする者（以下「申請者」という。）は、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申請書（様式第1号）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するものとする。ただし、申請者が第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、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申請用証明書兼支払い済証明書（様式第2号）の提出をもって第1号および第2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3号の実費を支払った事実、その額および接種回数を証明できる書類（原本）
- (2) 本申請による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、予防接種済証または接種済みの記載がある予診票等（写し）
- (3) 振込み口座のわかるもの
- (4) 身分証明書の写し

（審査および支給決定）

第6条 市長は、申請者から提出された書類等の内容を審査し、償還払いの可否および償還額について決定するものとする。

2 市長は、前項の審査結果に基づき、償還払いを行う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償還払い決定通知書（様式第3号）により申請者に償還払いを行う旨および償還額を通知するものとする。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4号)により、申請者に任意接種費用を支給しない旨をその理由とともに通知するものとする。

(支給方法)

第7条 前条の規定により、償還払いおよび償還額の決定を受けた者は、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請求書(様式第5号)により、市長に決定金額の償還払いを請求するものとする。

2 前項による償還払いの請求があったときは、市長は、申請日の属する月の翌月の末日までに当該償還払いの決定を受けた者の指定する口座に請求金額を振り込むものとする。

(不当利得の返還)

第8条 市長は、虚偽の申請、その他不正行為等により申請者が償還払いを受けた時は、その者から市が負担した接種費用の全部または一部を返還させることができる。

(受給権の譲渡または担保の禁止)

第9条 償還払いを受ける権利は、譲り渡し、また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また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費用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、または事実の確認もしくは聴取を行うことができる。

(申請期限)

第11条 この要綱に定める償還払いの申請期限は、令和7年3月末日とする。

(委任)

第12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8月22日から施行する。

(医療機関記入用)

(様式第2号)

年 月 日

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申請用証明書兼支払い済証明書

伊丹市長 様

下記の者が任意接種(接種費用自己負担)として、ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種を受け、接種費用を自己負担したことを証明します。

被接種者名					
生年月日					
住 所					
接種したワクチン名		<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン (サーバリックス)			
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン (ガーダシル)			
接種の 詳細 について		接種年月日	Lot.No	接種量	自己負担額
	1回目	年 月 日		0.5ml	円
	2回目	年 月 日		0.5ml	円
	3回目	年 月 日		0.5ml	円

(Lot.No については、予診票の添付でも可。)

医療機関コード：

実施医療機関名：

住所

電話番号

開設者名および開設者印：

(様式第3号)

年 月 日

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決定通知書

伊丹市長

申請者	現住所	〒		電話番号	()
	フリガナ			被接種者 との続柄	
	氏名				
被接種者	現住所				
	2022年4月1日 の住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 上記と異なる 伊丹市			
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				

年 月 日付けで申請いただいた件について、審査の結果、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用を償還払いすることに決定しましたので通知します。また償還額の決定金額は以下のとおりです。

償還額	円
-----	---

問い合わせ先 伊丹市立保健センター

T e l : 0 7 2 - 7 8 4 - 8 0 3 4

F a x : 0 7 2 - 7 8 4 - 8 1 3 9

(様式第4号)

年 月 日

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

伊丹市長 藤原 保幸

年 月 日付けで申請のあった任意接種費用について、下記の理由により支給しないことに決定しましたので、伊丹市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の償還払いに関する要綱第6条第2項の規定により通知します。

記

(不支給とした理由)

1. 令和4年4月1日に伊丹市に住民登録がなかったため
2. 任意接種ではなく、定期接種で接種していたため
3. その他

(様式第5号)

年 月 日

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請求書

伊丹市長 様

※太枠内をご記入ください。

申請者	現住所	〒		電話番号	()
	フリガナ			被接種者 との続柄	
	氏名				
被接種者	現住所				
	2022年4月1日 の住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 上記と異なる 伊丹市			
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				

償還払いおよび償還額の決定を受けましたので、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用の償還払いを請求します。下記の金融機関口座へ振込みを依頼します。

請求金額	円
------	---

振込 口座	金融機関名				銀行・農協・信金・信組
	支店名		支店・支所		
	普通 当座 その他	口座番号	フリガナ		
		口座名義人			

別紙 申請額等確認書

フリガナ				生年			
被接種者 氏名				月日	年	月	日
ワクチン の種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン(サーバリックス)						
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPV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	接種時の 年齢 (学年)	歳(年)	
	2回目	年	月	日		歳(年)	
	3回目	年	月	日		歳(年)	
申請金額	回数			金額	①か②の低い方		
	1回目	①接種費		16,698円			
		②支払い限度額					
	2回目	①接種費		16,698円			
		②支払い限度額					
	3回目	①接種費		16,698円			
		②支払い限度額					
				合計			

接種医療 機関	名称		電話 番号	
	※複数の医療機関で接種した場合、下記に医療機関名・電話番号を記載			

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

1.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)および他の自治体、医療機関等における情報について、本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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2.令和4年4月以降にキャッチアップ接種を受けましたか。	<input type="checkbox"/> はい _____回 <input type="checkbox"/> いいえ
3.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すか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4.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
5.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】 次の書類を添付し、☑をお願いします。

- 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)
※申請時住所記載のマイナンバーカード、運転免許証等(写真あり)1種類か、健康保険証(両面)、住民票等(写真なし)は2種類
- 振込先金融機関の通帳また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(領収書および明細書、支払い証明書等)(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、または予診票、もしくは様式第2号)