

上越市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付要綱

(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。）の機会を逃した女子のうち、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人の当該任意接種の費用について、予算の範囲内で交付する助成金の交付に関し、上越市補助金交付規則（昭和46年上越市規則第56号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成金の交付を受けることができる人（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する人とする。ただし、市長が特に必要と認めた場合は、この限りでない。

- (1) 令和4年4月1日時点で本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であること。
- (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を受け、実費を負担したこと。
- (5) 助成金の交付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。
- (6) 助成金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本市以外の市区町村から受けていないこと。

(助成金の額)

第3条 助成金の額は、接種を行った医療機関に対し支払った接種費用とし、最大3回接種分までを交付する。この場合において、接種費用に含まれないもの（接種に要した交通費、宿泊費、次条に掲げる書類の発行に要した文書料等）は、助成対象としないものとする。

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人（以下「申請者」という。）が次条第1号に掲げる書類を提出することができない場合には、助成金額は、申請日の属

する年度における市長が定めるヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種に係る基準単価から事務費を除いた額とする。

(助成金の交付申請等)

第4条 申請者は、上越市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書(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、上越市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請用証明書(第2号様式)の提出をもって第2号に掲げる書類等に代えることができる。

- (1) 第2条第4号の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の原本
- (2) 申請者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し

(審査及び交付決定)

第5条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、これを審査し、助成金の交付の可否を決定したときは、上越市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付決定

通知書(第3号様式)により通知するものとする。
却下

(支給方法)

第6条 助成金の交付は、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。

(実績報告の特例)

第7条 規則第8条第1項の規定による実績報告は、第4条の規定により提出する申請書を市長に提出することにより行うものとする。

(確定通知の特例)

第8条 規則第9条の規定による確定通知は、第5条の規定による通知書の交付により行うものとする。

(不当利得の返還)

第9条 市長は、偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けた人に対し、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10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11条 市長は、助成金の交付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交付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

る任意接種費用助成金交付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。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、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7月22日から実施する。

第1号様式（第4条関係）

上越市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 上越市長

標記について、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代理人に限ります。

被接種者	フリガナ	□申請者と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名					
	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	〒			
	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®）				
	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					
	電話番号					
※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り込みを希望される場合は、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 style="text-align: right;">申請者氏名</p>
--

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

本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、上越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
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（子宮頸がん予防ワクチンに係る任意接種）の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。	☐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

※キャッチアップ接種…積極的勧奨の差控えにより接種機会を逃した方に対して公平な接種機会を確保する観点から時限的に従来の対象年齢を超えて行う接種

【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）

第2号様式（第4条関係）

上越市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

(宛先) 上越市長

(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 (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	ロット番号	接種量	接種料 (※)
	接種年月日		0.5 mL	_____ 円
	年 月 日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種料 (※)
	接種年月日		0.5 mL	_____ 円
	年 月 日			
	3回目	ロット番号	接種量	接種料 (※)
	接種年月日		0.5 mL	_____ 円
	年 月 日			
医療機関名	(医療機関コード: _____)			
医師名				
医師署名 又は記名 押印				

※ 接種料が不明な場合は、「不明」とご記入ください。

第3号様式（第5条関係）

上越市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金交付
決定
通知書
却下

第 号
年 月 日

様

上越市長 印

年 月 日付けで申請のあった助成金の交付について、次の
とおり決定
理由により申請を却下
したので通知します。

決定	助成金の額	円	
	支給方法	振込先	
		振込予定日	年 月 日
却下	理由		