入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付要領

　（趣旨）

第１条　この要領は、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。）の機会を逃した者で、定期接種の対象年齢を過ぎてＨＰＶワクチンの任意予防接種を受けたものに対し、当該任意予防接種の費用を助成するため、必要な事項を定めるものとする。

２　前項の規定による助成金の交付に関しては、入間市補助金等の交付手続等に関する規則（平成７年規則第１０号）に定めるもののほか、この要領の定めるところによる。

（対象者）

第２条　助成金の交付の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当するもの又はその保護者であったもので、第４号の任意接種の費用を負担したものとする。

　⑴　令和４年４月１日時点で入間市に住民登録があること。

⑵　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。

⑶　１６歳となる日の属する年度の末日までに定期予防接種に係るＨＰＶワクチンの３回の接種を完了していないこと。

⑷　１７歳となる日の属する年度の初日から令和４年３月３１日までに国内の医療機関においてＨＰＶワクチン（組み換え沈降２価ＨＰＶワクチン及び組み換え沈降４価ＨＰＶワクチンに限る。）の任意予防接種（以下「任意接種」という。）を受けたこと。

⑸　この助成金の交付の対象とする接種回数分について、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受けていないこと。

２　前項の規定にかかわらず、市長が特に必要と認める者は、助成の対象とすることができる。

３　前二項の規定にかかわらず、申請の対象とする任意接種について、他の市区町村から同様の助成金の交付を受けた者は、対象としない。

（助成額）

第３条　助成金の額は、任意接種に際し、医療機関に支払った任意予防接種費用の額（以下「実費額」という。）とする。ただし、当該費用の額は３回分を限度とし、接種に要した交通費、宿泊費、文書料その他の費用は含まない。

２　実費額に係る領収書を紛失し、当該接種に係る費用が不明であって、任意接種を受けたことを証明することができるものにあっては、１５，０００円を限度に、市長が別に認める額を助成する。

（申請）

第４条　助成金の交付を受けようとする者は、入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（様式第１号）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出するものとする。ただし、第２号に掲げる書類を添付する事ができない場合には、入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種証明書（様式第２号）の提出をもって第２号に掲げる書類の提出に代えることができる。

　⑴　申請者（申請者が任意接種を受けた者と異なる場合には、双方）の住所、氏名及び生年月日が確認できる書類の写し。ただし、申請者の同意を得た上で、当該添付書類の内容を公簿等により確認できる場合は、当該書類の添付を省略することができる。

　⑵　母子健康手帳の写し、予診票の写し又は接種済証等、任意接種の日付、実施医療機関並びに接種したＨＰＶワクチンの種類及び当該接種回数がわかるもの又はその写し

　⑶　前条第１項に規定する場合にあっては、実費額に係る領収書

　⑷　前三号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

２　前項の申請は、令和７年３月３１日までに行うものとする。

（交付決定）

第５条　市長は、前条の規定による申請があったときは、審査し、交付の可否を決定し、入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付決定・却下通知書（様式第３号）により、申請者に通知するものとする。

２　市長は、前項の審査に必要な場合は、本人の同意を得て、接種を行った医療機関、官公署その他の関係機関に対し、必要な資料の提出を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことができる。

（返還）

第６条　市長は、偽りその他の不正な手段により助成金の交付を受けた者があるときは、その者から助成金を返還させるものとする。

（雑則）

第７条　この要領に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

　　　附　則

　（施行期日）

１　この要領は、令和４年９月７日から施行する。

　（廃止）

２　この要領は、令和７年３月３１日限り、その効力を失う。ただし、第６条の規定の適用については、同日後も、なおその効力を有する。

様式第１号（第４条関係）

入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

　（宛先）入間市長

申請者　住所

氏名

電話番号

　次のとおり予防接種を受けましたので、入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付要領第４条の規定により、申請し、及び請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 現住所 | |  | |
| 令和４年４月１日  時点の住所 | | □　現住所と同じ | |
| フリガナ | |  | |
| 氏名 | |  | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| ワクチンの種類 | | | □　サーバリックス（２価） | □　ガーダシル（４価） |
| 接種年月日及び費用（申請分のみ記載）※ | | | 年　　月　　日 | 円 |
| 年　　月　　日 | 円 |
| 年　　月　　日 | 円 |
| 申請金額 | | | 合計 | 円 |
| 領収書がない場合は次の欄にチェックを入れてください。  □　領収書がないため、本申請書兼請求書には、領収書を添付しません。  （領収書がない接種回の助成金は１５，０００円を上限とします。） | | | | |
| 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には、この欄に医療機関の詳細を記入してください。 | | | | |
| 【同意事項】  市長がこの助成金の交付に必要な事項を公簿等により確認し、及び予防接種を行った医療機関に照会することについて同意します。  　　　　年　　月　　日  申請者氏名　　　　　　　　　　　被接種者氏名 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　　込　　先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫  農業協同組合 | | 店 | |
| 預金種目 | □普通　　□当座 | 口座番号 | |  |
| フリガナ |  | | | |
| 口座名義 |  | | | |

申請者と異なる名義人の口座に振り込みを希望する場合には、ご記入ください。

|  |
| --- |
| 私は、上記口座名義人に、入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。  　　　　年　　月　　日　　　　　申請者氏名 |

提出書類

⑴　接種費用の支払額を証明する書類（領収書、明細書、支払証明書等）

⑵　接種記録が確認できる書類（母子健康手帳の予防接種の記録欄の写し、接種証明書等）

⑶　同意事項への同意をしない場合は、申請者及び被接種者の氏名、住所、生年月日がわかる書類の写し

様式第２号（第４条関係）

入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種証明書

年　　月　　日

　（宛先）入間市長

医療機関所在地

医療機関名称

電話番号

　次のとおり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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 | |  | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | |
| 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） | | |
| 接種の記録 | 回数 | 接種年月日 | | ロット番号 | | | 接種量 | 金額 |
| 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 |
| 実施場所 | |  | | | | | | |

※　被接種者氏名、生年月日、住所、電話番号欄は、申請者が記入してください。

様式第３号（第　条関係）

決定

却下

入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金交付　　　通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

入間市長

　　　　　年　　月　　日付けで申請のあった入間市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用助成金については、次のとおり　　　　しましたので通知します。

決定

却下

１　交付金額　　　　　　　　　　　円

２　却下の場合その理由