

# 大口町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い要綱

## (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。）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、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、当該任意接種費の償還（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ものとする。

## (償還払いの対象者)

第2条 償還払いの対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。ただし、償還払い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大口町以外の市区町村から受けた者を除く。

- (1) 令和4年4月1日時点で大口町に住民登録がある者
- (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者
- (3) 17歳となる日の属する年度の初日から令和4年4月末までに、日本国内の医療機関で組換え沈降2価HPVワクチン、組換え沈降4価HPVワクチン又は組み換え沈降9価HPVワクチンの任意接種を受け、実費を負担した者
- (4) 償還払い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。）を受けていない者

## (償還額の支給等)

第3条 町長は、第6条の規定により、償還払いを決定した者に対し、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、償還払いの申請日に属する年度における大口町と一般社団法人尾北医師会で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接種単価のうちいずれか低い額とし、接種費用に含まれないもの（接種に要した交通費、宿泊費、次条第1項に掲げる書類の発行に要した文書料等）は対象としない。
- 3 前2項の規定にかかわらず、償還払いを受けようとする者が次条第1項第1号に掲げる書類を提出しない場合には、償還額は、償還払いの申請日に属する年度における大口町と一般社団法人尾北医師会で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接種単価額とする。

（償還払いの申請）

第4条 償還払いを受けようとする者は、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書（様式第1）に必要事項を記入し、次の各号に掲げる必要書類を添えて、町長に申請しなければならない。ただし、償還払いを受けようとする者が第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償還払い申請用証明書（様式第2）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1項第3号の実費を払った事実、その額及び接種回数を証明できる書類の原本
  - (2) 償還払い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、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し
- 2 町長は、前項の規定により提出された書類等に不足がある場合は、申請者に対し必要書類の提出を求めることができる。

（申請期限）

第5条 償還払いの申請期限は、令和7年3月末日とする。

（審査及び支給決定）

第6条 町長は、第4条第1項の申請があったときは、その内容を審査し、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支給決定通知書（様式第3）により、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）により、申請者に通知するものとする。

（支給方法）

第7条 償還払いは、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。

（不当利得の返還）

第8条 町長は、偽りその他の不正の手段により償還払いを受けた者に対し、支給を行った償還払い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 償還払いを受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

（その他必要事項）

第10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町長が別に定める。

附 則（令和4年6月24日 大口町告示第72号）

この要綱は、告示の日から施行する。

## 様式第1（第4条関係）

## ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請書兼請求書

年 月 日

大口町長

様

(申請者) 住 所

氏 名

被接種者との続柄

電話番号

標記について、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。なお、申請が認められた場合には、下記の口座への振込を請求します。

## 記

被接種者	フリガナ ----- 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年 月日	年 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"/> 組み換え沈降2価HPVワクチン			
		<input type="checkbox"/> 組み換え沈降4価HPVワクチン			
		<input type="checkbox"/> 組み換え沈降9価HPVワクチン			
	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 (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 口 座	金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農業協同組合						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、下欄に記入をお願いします。

委 任 状

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。

年 月 日

申請者氏名

【同意事項】※下記事項に同意できましたら、□に✓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、大口町が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/>
この申請書を、大口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。	<input type="checkbox"/>

【確認事項】※該当する項目の□に✓を入れてください。

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。	<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

様式第2（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書

年　　月　　日

大口町長 様

(被接種者情報)

住 所 :

氏 名 :

生年月日 : 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		
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9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		0.5ml
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5ml

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6条関係）

第 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支給決定通知書

様

大口町長

年 月 日付けで申請のあった任意接種費用について、下記のとおり支給することに決定したので、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い要綱第6条の規定により通知します。

記

支給決定額

円

様式第4（第6条関係）

第 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

大口町長

年 月 日付けで申請のあった任意接種費用について、下記のとおり支給しないことに決定したので、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い要綱第6条により通知します。

記

不支給とした理由：