

田川市告示第114号

田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成要綱を次のように定める。

令和4年7月1日

田川市長 二場 公人

田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成要綱

(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ものについて、ヒトパピローマウイルスワクチン感染症予防接種費用助成金の交付(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。

(用語の定義)

第2条 この要綱において、「HPVワクチン」とは、組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン又は組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンをいう。

(対象者)

第3条 この要綱の規定により償還払いを受けることができる者は、次の各号の全てに該当する者とする。

- (1) 令和4年4月1日時点において、市内に住民登録がある者
- (2) 平成9年4月2日から平成17年4月1日までに生まれた女子
- (3) HPVワクチンの定期接種(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(以下「キャッチアップ接種」という。)を含む。)において3回の接種を完了していない者
- (4) 平成25年6月14日から令和4年3月31日まで間に、日本国内の医療機関で定期接種によらずHPVワクチンを接種し、実費を負担した者
- (5) キャッチアップ接種における償還払いと同種となる措置の助成について、本市以外の自治体から助成を受けていない者

2 前項の規定にかかわらず、市長は、特に必要と認める者に対して償還払いを行うことができる。

(償還払いの額及び助成回数の上限)

第4条 償還払いの額は、前条第1項第4号に規定する実費の額とする。ただし、市と一般社団法人田川医師会との間で締結した定期予防接種の実施に係る委託契約に定める次の表の額（以下「基準単価」という。）を上限とする。

接種日が属する年度	基準単価 (円)
平成25年度	15,900
平成26年度から平成28年度まで	16,000
平成29年度及び平成30年度	16,100
令和元年度	16,380
令和2年度	16,500
令和3年度及び令和4年度	16,600

2 助成回数は、3回を上限とする。

(償還払いの申請)

第5条 償還払いを受けようとする者は、田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請兼実績報告書（様式第1号）に必要事項を記入し、次に掲げる書類を添付して市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1号及び第2号に掲げる書類等を添付することができない場合は、田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請用証明書（様式第2号）の提出をもって、これに代えることができる。

- (1) 第3条第1項第4号に規定する実費を支払った事実及びその額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
- (3) 田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金請求書（様式第3号）
- (4) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、前項の規定により書類等が提出されたときは、当該書類等を確認の上、不適正受給が疑われる場合等明らかに交付要件に該当しない者を除き、申請を受け付ける。この場合において、前項の規定により提出された書類等に不備があるときは、市長は申

請者に対し必要書類の追加提出を求めるものとする。

(申請期限)

第6条 償還払いの申請期限は、令和7年3月末日とする。

(審査及び交付決定等)

第7条 市長は、第5条第1項の規定による書類の提出があった場合は、速やかにその内容を審査し、適当と認めるときは田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付決定兼確定通知書(様式第4号)により、適当と認めないときは田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金不交付決定通知書(様式第5号)により、申請者に通知する。

2 市長は、前項の規定により適当と認めた者に対し、請求に基づき償還払いを行うものとする。

(不当利得の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正の手段により償還払いを受けた者に対し、交付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。

(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又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、田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請兼実績報告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。

(委任)

第11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

この告示は、令和4年7月1日から施行する。

年 月 日

田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請兼実績報告書

田川市長 殿

申請者

住所

氏名

電話番号 ()

田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成要綱第5条第1項の規定により、償還払い（ヒトパピローマウイルスワクチン感染症予防接種費用助成金の交付）を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

ワクチン接種 を受けた者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	平成 年 月 日
	申請者との続柄	本人 保護者（いずれかに○）

予防接種の種類 (□にレを記載)	回数	接種年月日	接種医療機関	申請金額 (申請分のみ記載)
□組換え沈降2価 HPVワクチン (サーバリックス)	1回目	年 月 日		円
	2回目	年 月 日		円
	3回目	年 月 日		円
□組換え沈降4価 HPVワクチン (ガーダシル)	1回目	年 月 日		円
	2回目	年 月 日		円
	3回目	年 月 日		円
			合計	

※ 裏面も記入してください。

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑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、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
キャッチアップ接種を受けましたか。「はい」の場合は、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方は、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合又は相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付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

【職員チェック欄】 ※確認者は各項目の“□”に☑を記入

- 平成25年6月14日から令和4年3月31日まで間に、日本国内の医療機関で定期接種によらずHPVワクチンを接種し、実費を負担した際の領収書
- 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
- 前記(1)及び(2)が提出できない場合は、田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請用証明書（様式第2号）を代替の書類として添付
- 田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金請求書（様式第3号）
- 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）等、いずれかひとつ
 [確認書類：□住民票、□運転免許証、□健康保険証、□その他（ ）]
- 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）
- 償還払いの上限額及び回数 ※請求における実費と下表の金額のいずれか少ない額

<input checked="" type="checkbox"/>	接種日が属する年度	基準単価（円）	上限助成回数
<input type="checkbox"/>	平成25年度	15,900	□最大3回まで
<input type="checkbox"/>	平成26年度から平成28年度まで	16,000	
<input type="checkbox"/>	平成29年度及び平成30年度	16,100	
<input type="checkbox"/>	令和元年度	16,380	
<input type="checkbox"/>	令和2年度	16,500	
<input type="checkbox"/>	令和3年度及び令和4年度	16,600	

様式第2号（第5条関係）

田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請用証明書

年 月 日

田川市長 殿

（被接種者情報 ※申請者が記入）

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

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

所在地： _____

実施医療機関 名称： _____

医師名： _____

田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金請求書

田川市長 殿

請求者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成要綱第7条第1項の規定により
交付決定及び額の確定があったときは、下記のとおり償還払い（ヒトパピローマウイルス
感染症予防接種費用助成金の交付）を請求します。

記

請求金額 _____ 円

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みを希望する場合、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。
令和 年 月 日
申請者氏名

様式第4号（第7条関係）

田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付決定兼確定通知書

令和 年 月 日

様

田川市長

令和 年 月 日付けで申請のあった任意接種費用について、次のとおり交付することに決定し、額を確定したので、田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成要綱第7条第1項の規定により通知します。

記

交付決定額 円

様式第 5 号（第 7 条関係）

田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金不交付決定通知書

令和 年 月 日

様

田川市長

令和 年 月 日付けで申請のあった任意接種費用について、次のとおり交付しないことに決定したので、田川市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成要綱第 7 条第 1 項の規定により通知します。

記

（不交付とした理由）