

長岡京市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

(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、当該任意接種の費用の助成（以下「償還払い」という。）を行うに当たり、長岡京市補助金等交付規則（昭和57年長岡京市規則第8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。

(対象者)

第2条 長岡京市（以下「市」という。）は、次の各号の全てに該当する者（償還払い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長岡京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。

- 一 令和4年4月1日時点で長岡京市に住民登録があること
 - 二 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
 - 三 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ワクチン又は組換え沈降4価HPVワクチン、もしくは組換え沈降9価HPVワクチンの任意接種を受け、実費を負担したこと
 - 四 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。）を受けていないこと
- 2 前項の規定にかかわらず、長岡京市長（以下「市長」という。）は、特に必要と認められた者に対して償還払いを行うことができる。

(助成の金額)

- 第3条 市は、第6条第2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。）を別表に定める接種日の属する年度におけるヒトパピローマウイルス感染症予防接種の助成額（以下「基準単価額」という。）を限度として償還するものである。
- 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、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、接種日の属する年度における基準単価額とする。

(償還払いの申請及び支給の方式)

- 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(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一号に掲げる書類等を添付することができない場合には、第二号に掲げる書類等の添付のみで申請を受け付ける。また、第二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号)の提出をもって第二号に掲げる書類等に代えることができる。
- 一 第2条第1項第3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(原本)
 - 二 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(写し)
- 2 市長は、前項の規定により書類等が提出された場合は、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支給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足があるときは、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 市長は、償還払いを受けようとする者から提出された書類等に基づき、償還払いの可否を審査するものとする。
- 2 市長は、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号)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号)により、申請者に通知するものとする。
- 3 前項に定める支給決定通知をもって規則第9条の確定通知とみなす。

(交付)

第7条 市長は、前条に定める支給決定通知後、長岡京市会計規則(平成17年長岡京市規則第26号)第36条第2項の規定に基づき、助成金を交付することとした者に対して、速やかに助成金を交付するものとする。

(支給方法)

第8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。

(交付取消)

第9条 市長は、虚偽その他の不正な手段により助成を受けたことが判明した時は、当該交付決定を取り消し又は変更することができる。

(不当利得の返還)

第10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、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11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12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、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13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9月1日から施行する。

別表

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種の助成額の上限

接種した年度	基準単価額
平成 26 年度	16,476 円/回
平成 27 年度	16,476 円/回
平成 28 年度	16,498 円/回
平成 29 年度	16,498 円/回
平成 30 年度	16,498 円/回
平成 31 年度	4 月～9 月 16,498 円/回
令和元年度	10 月～3 月 16,852 円/回
令和 2 年度	16,852 円/回
令和 3 年度	16,852 円/回
令和 4 年度	16,874 円/回

様式第1号（第4条関係）

長岡京市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

年 月 日

（あて先）長岡京市長

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			

*被接種者が18歳未満の場合は保護者、18歳以上の場合は被接種者本人または家族

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				
		□組換え沈降4価HPVワクチン				
		□組換え沈降9価HPVワクチン				
	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	審査額	合計 円 *太枠内は記入しないでください。 審査決定総額		
	2回目	円	審査額			
	3回目	円	審査額			
接種医療機関	名称					
	住所					
	TEL					
※複数の医療機関で接種した場合、以下に名称・住所・TELを記載						

（裏面へ続く）

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 支所
	預金種別	普通・当座							
	口座番号	右詰め記入							
	フリガナ								
	口座名義人								

【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、長岡京市長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
この申請書を、長岡京市長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扱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、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（市・町）
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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
提出に必要な書類は揃っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *
*「いいえ」の場合、接種医療機関に提出に必要な書類の再発行について可否を問い合わせましたか。	<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】

- 振込希望先金融機関の通帳の口座番号等記載欄のコピー
通帳が発行されていない場合キャッシュカードのコピー
- 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）
※コピーを提出される場合は原本とコピーの両方を提出してください。
原本返却が必要な場合、照合後返却します。
- 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」欄のコピー等）
- 郵送申請時：申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類のコピー
（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、健康保険証などいずれかひとつ
- 窓口申請時：申請者の本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証等）

受付者
窓口・郵送

様式第2号（第4条関係）

長岡京市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

長岡京市長 様

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

実施場所：

医療機関コード：

医師署名又は記名押印：

様式第3号（第6条関係）

第 年 月 日
第 年 月 日

様

長岡京市長 中小路健吾
(健康づくり推進課 担当)

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

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条第2項の規定により通知します。

記

支給決定額 円

(被接種者)

様

長岡京市長 中小路健吾
(健康づくり推進課 担当)

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

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条第2項の規定により通知します。

記

(不支給とした理由)

(被接種者)