

## 大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金交付要綱

### (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の任意接種（以下「任意接種」という。）を受けた者に対し、当該任意接種に要した費用（以下「接種費用」という。）の一部を助成することにより、その経済的負担を軽減し、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

### (助成の対象となる任意接種等)

第2条 この要綱による接種費用の助成の対象となる任意接種は、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が、定期接種の対象年齢を過ぎて受けた任意接種とする。

2 前項の規定により助成の対象となる任意接種は、3回分を限度とする。

### (助成対象者)

第3条 この要綱による接種費用の助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、令和4年4月1日時点で本市に住民登録がある者であって、次の各号のいずれにも該当する日本国内の医療機関において任意接種を受けた者及び当該者の保護者とする。ただし、接種費用の助成と同種のものであると市長が認める措置による接種費用の助成を、本市以外の市区町村から受けた者を除く。

- (1) 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。
- (2) 17歳となる日の属する年度の初日から令和4年3月31日までの間に、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の任意接種を受けたこと。
- (3) 接種費用の助成を受けようとする任意接種の回数分について、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）附則第5条の規定により読み替えて適用する同令第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、市長は、特に必要と認める者に対して、接種費用の助成を行うことができる。

### (助成金の額)

第4条 市長は、助成対象者が接種費用を負担したときは、次に掲げる者の区分に応じ、当該各号に定める額を助成するものとする。

- (1) 任意接種に係る費用の額を証することができる者 当該任意接種に要した費用の額（交通費、宿泊費、書類の発行に要した文書料等を除く。）
- (2) 前号に掲げる者以外の者 任意接種1回につき13,200円

### (助成の申請等)

第5条 接種費用の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金交付申請書兼請求書（様式第1号。以下「申請書」という。）に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、前条第2号に掲げる申請者にあつては、第2号に掲げる書類の添付を要しない。

- (1) 任意接種を受けた者及びその保護者の本人確認ができる書類の写し（保護者に係る書類の写しは、助成対象者が保護者の場合に限る。）
- (2) 接種した医療機関等の領収書（対象者名、予防接種名、接種費用及び医療機関名が記載されたもの）の原本
- (3) 任意接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳の写し又は予診票の写し等）又はヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種証明書（様式第2号）
- (4) 振込先金融機関口座が確認できる書類の写し
- (5) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、接種費用の助成を決定したときは、速やかに助成金を支払うものとし、接種費用の助成決定の通知は助成金の支払をもってこれに代えるものとする。

3 市長は、接種費用の助成をしないことと決定したときは、大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金不交付決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

（実績報告及び補助金の額の確定）

第6条 大津市補助金等交付規則（平成10年規則第32号。以下「規則」という。）第14条の規定にかかわらず、助成金に係る実績の報告は、申請書の提出をもってなされたものとみなす。

2 規則第15条の規定にかかわらず、助成金の額は、前条第2項の規定により支払った額で確定するものとする。

（交付請求書）

第7条 規則第18条の規定にかかわらず、助成金の交付の請求は、申請書の提出をもってなされたものとみなす。

（取消通知書）

第8条 規則第19条第4項の規定による通知は、大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン助成金交付決定取消通知書（様式第4号）により行うものとする。

（返還通知書）

第9条 規則第20条第1項の規定による返還の命令は、大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン助成金返還通知書（様式第5号）により行うものとする。

（その他）

第10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

- 1 この要綱は、令和4年10月1日から施行する。
- 2 この要綱は、令和7年3月31日限り、その効力を失う。

様式第1号（第5条関係）

大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

大津市長

大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定により、助成金の交付について次のとおり申請し、及び請求します。

申請者	フリガナ		接種を受けた者との続柄	
	氏名	印		
	住所	〒		
	電話番号			

※ 申請することができる者は、接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。	生年月日	年 月 日	
	氏名				
	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。	〒		
	予防接種を受けたワクチンの種類	<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（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（請求金額）（申請分のみ記載）	1回目	円	合計	円
2回目		円			
3回目		円			
※ 領収書が無い場合、申請額（請求額）は13,200円/回としてください。					
接種医療機関	名称				
	住所				
	電話番号				
※ 複数の医療機関においてワクチンの接種を行った場合、それぞれの接種医療機関の名称、住所及び電話番号を記載してください。					

私が受領する助成金については、下記口座へ振込を依頼します。

振 込 先 口 座	金融機関名／支店名	／							
	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								

申請者以外の者の口座に助成金の振り込みを希望される場合は、下記委任状を記入してください。

委 任 状	
私は、下記の者に対し大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意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：	_____ 印
受任者氏名：	_____ 印
受任者住所：	_____

【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（申請者と助成対象者が異なる場合は両者の登録事項）及び医療機関等における情報について、大津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。キャッチアップ接種を受けた場合、接種回数及び接種を受けた自治体名を右欄に御記載ください。	☐はい ☐いいえ ____回・____市区町村
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。	☐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合せを行いましたか。	☐はい ☐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、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】 ※ 提出する書類に☑を入れてください。

- 助成対象者及びその保護者の本人確認書類の写し（助成対象者の保護者については、助成対象者の保護者が申請を行う場合に限る。）
  - ※ 申請時の住所が記載されている住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等のいずれか一つ
- 任意接種に係る費用及び回数を証明できる書類（原本に限る。）
  - ※ 領収書、明細書、支払証明書等の原本に限る。
- 任意接種に係る記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種に係る記載がある予診票等の写し
  - ※ 母子健康手帳にあつては「氏名の記載欄」及び「予防接種の記録欄」の写しを添付してください。
- ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種証明書（様式第2号）
- 振込先口座確認書類
  - ※ 通帳又はキャッシュカードの写しを提出してください。申請者と被接種者が異なる場合、必要書類が不足している場合等において、追加の書類の提出を求めることがあります。

様式第2号（第5条関係）

ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種証明書

年 月 日

（宛先）

大津市長

【申請者記入欄】

被接種者	住 所	〒
	氏 名	
	生年月日	年 月 日

【医療機関記入欄】

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 等 （申請分のみ記載）	1回目	
	接 種 年 月 日	年 月 日
	ロ ッ ト 番 号	
	接 種 量	0.5 ml
	2回目	
	接 種 年 月 日	年 月 日
	ロ ッ ト 番 号	
	接 種 量	0.5 ml
	3回目	
	接 種 年 月 日	年 月 日
	ロ ッ ト 番 号	
	接 種 量	0.5 ml
<p>上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（HPVワクチン）を接種したことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称： _____</p> <p>医療機関の所在地： _____</p> <p>医師署名又は記名押印： _____</p>		

様式第3号（第5条関係）

第 号  
年 月 日

様

大津市長



大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成金について、次の理由により交付しないことと決定したので大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン任意接種費用助成要綱第5条第3項の規定により通知します。

記

【不交付決定の理由】

（被接種者 ）

様式第4号（第8条関係）

大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン助成金交付決定取消通知書

第 号  
年 月 日

様

大津市長



年 月 日付けで申請のあった大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン助成金について、次のとおり交付決定を取り消したので大津市補助金等交付規則第9条第5項の規定により通知します。

交 付 年 度	年度
助 成 金 の 名 称	大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン助成金
交 付 決 定 金 額	円
取 消 金 額	円
取消後の交付決定金額	円
取 消 し を し た 理 由	

大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン助成金返還通知書

第 号  
年 月 日

様

大津市長 

年 月 日付けで申請のあった大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン助成金の交付について、大津市補助金等交付規則第20条第1項の規定により次のとおり返還を請求します。

交 付 年 度	年度
助 成 金 の 名 称	大津市ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン助成金
交 付 決 定 金 額	円
返 還 金 額	円
返 還 理 由	
返 還 期 限	年 月 日まで
助成金の既交付金額 及び交付年月日	円 年 月 日

(注) 別添納付書により振り込んでください。なお、大津市補助金等交付規則第19条第1項の規定により交付の決定を取り消された場合において、返還期限までに納付されないときは、延滞金を納付しなければなりません。