

砂川市訓令第35号
令和4年6月14日

砂川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を次のように定める。

砂川市長 善 岡 雅 文

(別 紙)

砂川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

(目的)

第1条 この訓令は、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、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、当該任意接種の費用の助成（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ことを目的とする。

(償還払いの対象者)

第2条 市長は、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認める措置による費用の助成を他の自治体から受けた者を除く。）に対して償還払いを行う。

- (1) 令和4年4月1日時点で、砂川市に住民登録があること。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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ワクチンの任意接種を受け、実費を負担していること。
- (5) 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、市長は、特に必要と認めた者に対して償還払いを行うことができる。

(償還額の支給等)

第3条 市長は、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4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て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（以下「申請者」という。）が次条第1項第1号に掲げる書類を提出できない事情がある場合には、償還額は、接種日の属する年度における市が締結する定期接種に係る委託契約に基づく単価とする。

(償還払いの申請及び支給の方式)

第4条 申請者は、砂川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（別記第1

号様式)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、申請者が第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、砂川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(別記第2号様式)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4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)
- (2) 被接種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、申請者に対して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、市長が別に定める日とする。

(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、償還払いを行うことを決定したときは、砂川市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(別記第3号様式)により、行わないことを決定したときは、砂川市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(別記第4号様式)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 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、支給した償還額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、第4条第1項の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。

(その他)

第11条 この訓令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

この訓令は令和4年6月14日から施行する。

別記第1号様式（第4条関係）

砂川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

砂川市長 様

砂川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第4条の規定に基づき、次のとおり償還払いを受けたいので、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			

※申請できるの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					
	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"/> 現住所と同じ	〒			
	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 (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	合計	円
2回目			円			
3回目			円			
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、下記に名称・住所・TEL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 年 日 <div style="text-align: right;">申請者氏名</div>
--

【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、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
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】

- 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）などいずれかひとつ
- 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）
- 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）※原本に限ります。
- 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」欄の写し等）
- ※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

別記第2号様式（第4条関係）

砂川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

砂川市長 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			
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月			
	日			
	2回目	ロット番号	接種量	接種費用
	接種年月日			
	年		0.5 mL	円
	月			
日				
3回目	ロット番号	接種量	接種費用	
接種年月日				
年		0.5 mL	円	
月				
日				

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：

別記第3号様式（第6条関係）

砂川市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

様

砂川市長

年 月 日付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、砂川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第6条第2項の規定により通知します。

記

支給決定額

円

決定金額内訳	1回目	円	合計 円
	2回目	円	
	3回目	円	

別記第4号様式（第6条関係）

砂川市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

様

砂川市長

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、砂川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）