

茨木市ヒトパピローマウイルスワクチン接種費用助成事業実施要綱

(趣旨)

第1 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。）を受ける機会を逃した者であって、定期接種の対象年齢を過ぎて自己の費用負担によりヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種（以下「任意接種」という。）を受けたものについて、その接種費用の一部を助成する事業に関して必要な事項を定めるものとする。

(助成対象となる予防接種)

第2 助成の対象となる予防接種は、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のいずれかにより日本国内の医療機関等で実施された任意接種とする。

(助成の対象者)

第3 接種費用に係る助成の対象者は、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であって、次の各号のいずれにも該当するものとする。ただし、助成金と同種のものであると茨木市が認める措置による接種費用の助成を茨木市以外の市区町村から受けた者は除く。

- (1) 令和4年4月1日時点において住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者
- (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3年度の末日までに任意接種を受けた者
- (4) 助成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）附則第5項において読み替えられた同令第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。）を受けていない者

2 前項の規定にかかわらず、市長が特に必要と認めた場合はこの限りでない。

(助成額及び回数)

第4 助成金の額は、接種に要した費用の額とする。ただし、第5第2号に規定する接種費用の支払及びその額を証する書類がない場合、16,229円を助成額とする。

2 前項には、交通費、宿泊費及び第5第1号に規定する書類の発行に要した文書料等を含まないものとする。

3 助成の回数は、1人につき3回を上限とする。

(助成の申請)

第5 接種費用の助成を受けようとする者は、茨木市ヒトパピローマウイルスワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)に次に掲げる書類を添付して別に定める期日までに市長に申請しなければならない。ただし、第1号に掲げる書類を添付することができない場合には、茨木市ヒトパピローマウイルスワクチン接種費用助成金交付申請用証明書(様式第2号)の提出をもって同号に掲げる書類に代えることができる。

(1) 接種を行った医療機関等が発行する接種を受けたこと及びその回数を証する書類

(2) 接種を行った医療機関等が発行する領収書その他の接種費用の支払及びその額を証する書類

(3) その他市長が必要と認める書類

(助成金の交付決定等)

第6 市長は、第5の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、助成金の交付又は不交付を決定し、茨木市ヒトパピローマウイルスワクチン接種費用助成金交付(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。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付を決定したときは、申請者に助成金を支払うものとする。

(助成金の返還)

第7 市長は、偽りその他不正の手段により助成金の支払を受けた者があるときは、その者から支払った助成金の額に相当する額の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第8 この要綱に定めるもののほか、接種費用の助成について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年8月5日から実施し、令和4年4月1日から適用する。

茨木市ヒトパピローマウイルスワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

（提出先）茨木市長

次のとおり、茨木市ヒトパピローマウイルスワクチン接種費用助成金の交付を関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付の決定があったときは、当該助成金を請求します。

申請日		年 月 日		
申請者	フリガナ			電話番号
	氏 名	Ⓜ		— —
	住 所	（被接種者との続柄： ）		
被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	<u>令和4年4月1日時点の住所</u>	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ		
	接種を受けた回数	[1]	[2]	[3]
	接 種 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 2価(サーバリックス) <input type="checkbox"/> 4価(ガーダシル)	<input type="checkbox"/> 2価(サーバリックス) <input type="checkbox"/> 4価(ガーダシル)	<input type="checkbox"/> 2価(サーバリックス) <input type="checkbox"/> 4価(ガーダシル)
	医療機関名			
申請金額	円 (ア)	円 (イ)	円 (ウ)	
合計金額 ((ア) + (イ) + (ウ))			円	

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

（申請先口座義） 振込申請者名義	金融機関名	銀行 金庫 農協	店 名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座		フリガナ
	口座番号	左 詰 め		口座名義

〔同意〕

審査のため、私及び被接種者の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。

また、関係医療機関及び他の地方公共団体に対し、接種の内容及び費用について茨木市長が問合せを行うことに同意します。

申請者

Ⓜ

様式第2号（第5関係）

年 月 日

（あて先）茨木市長

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価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（サーバリックス）		
	<input type="checkbox"/> 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（ガーダシル）		
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		0.5m l
	年 月 日		
	【2回目】	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5m l
	年 月 日		
	【3回目】	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5m l
	年 月 日		

所 在 地：

医療機関名：

代 表 者：

印

様式第3号（第5関係）

茨木市指令 第 号

住 所
氏 名 様

茨木市ヒトパピローマウイルスワクチン接種費用助成金
交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった茨木市ヒトパピローマ
ウイルスワクチン接種費用助成金について、次のとおり決定しましたので通
知します。

1 被接種者氏名

2 決定の内容 交 付
不 交 付
(理由)

3 交付決定額 円

4 交付予定日 年 月 日

※ 振込日が10日程度遅れる場合があります。交付予定日から2週間以
上過ぎても振込みを確認できない場合は、茨木市こども育成部子育て
支援課（電話：072-621-5901）までご連絡ください。

5 その他

次のいずれかに該当するときは、助成金の全部又は一部を返還してい
ただくことがありますのでご注意ください。

- (1) 茨木市ヒトパピローマウイルスワクチン接種費用助成事業実施要綱
の規定に違反したとき。
- (2) 虚偽その他不正な行為により助成を受け、又は受けようとしたとき。
- (3) その他市長が不相当と認めたとき。

年 月 日

茨木市長

印