

生駒市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、HPV 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、予算の範囲内において当該任意接種の費用の助成を行うに当たり、生駒市補助金等交付規則(平成20年10月生駒市規則第19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。

(補助対象者)

第2条 補助金の交付を受けることができる者(以下「補助対象者」という。)は、次の全てに該当するものとする。ただし、当該任意接種について既に他市町村で費用補助を受けているときは、補助対象者とししない。

- (1) 令和4年4月1日時点で生駒市に住民登録がある平成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
- (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4年3月31日までに日本国内の医療機関で組み換え沈降2価 HPV ワクチン、組み換え沈降4価 HPV ワクチン又は組み換え沈降9価 HPV ワクチンの任意接種を受け、実費を負担した者

(補助の回数)

第3条 HPV ワクチンの任意接種に係る費用の補助は、被接種者1人につき3回接種分までとする。

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、HPV ワクチンの任意接種1回につき12,000円とする。

(補助金の交付申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者は、生駒市 HPV ワクチン任意接種費用補

助金交付申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、次の書類を添付するものとする。ただし、第1号の書類を添付することができないときは、生駒市 HPV ワクチン任意接種費用補助金交付申請用証明書(様式第2号)の提出をもって代えることができる。

(1) 被接種者氏名、接種日、接種ワクチンの種類、接種医療機関が証明できるもの(母子健康手帳のコピー、予防接種済証、接種済みの記載がある予診票等)

(2) 振込口座の通帳の写し

3 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、申請者に対し書類の追加提出を求めるものとする。

(交付の決定)

第6条 市長は、前条第1項の規定による交付申請があったときは、これを審査の上、補助金の交付の可否を決定し、HPV ワクチン任意接種費用補助金交付(不交付)決定通知書により当該交付申請を行った者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定による交付決定の通知により、補助金の額の確定通知を行ったものとみなす。

(実績報告及び交付の請求)

第7条 規則第12条第1項の実績報告は、第5条第1項の規定による交付申請により行ったものとみなす。

2 前条第1項の規定による交付決定通知を受けた者が補助金の交付を受けようとするときは、交付請求書を市長に提出しなければならない。

(申請期間)

第8条 申請の受付期間は、令和4年5月1日から令和7年3月31日までとする。

(補助金交付の取消)

第9条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、補助金の全部又は一部を取り消すことができる。

(1) 不正な手続きにより補助金を受けたとき。

(2) その他この要綱に違反したとき。

(補助金の返還)

第10条 市長は、前条の規定により補助金の交付を取り消した場合において、当該事業の取消に係る部分に関し、既に補助金が交付されているときは、その返還を命ずることができる。

(施行の細目)

第11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5月1日から施行する。
- 2 この要綱は令和7年5月31日限り、その効力を失う。

生駒市 HPV ワクチン任意接種費用補助金交付申請書

年 月 日

(あて先) 生駒市長

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		被接種者との続柄
	氏名		
	現住所	〒	
	電話番号		

※申請できるのは、接種を受けた本人、また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	平成	年	
	氏名		月日	月	日	
	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"/> 申請者と同じ	〒 生駒市			
	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）				
		<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価HPVワクチン（シルガード）				
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		

【誓約・同意事項】※確認後を入れてください。

1	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等、生駒市が必要と認める時は調査を行うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい
2	この申請書を、生駒市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り扱うことに同意します。	<input type="checkbox"/> はい
3	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ご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ 回数：_____回 自治体：_____
4	本申請分のHPVワクチン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はありません。	<input type="checkbox"/> はい
5	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。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> 該当なし
6	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。	<input type="checkbox"/> はい

生駒市 HPV ワクチン任意接種費用補助金交付申請用証明書

年 月 日

（あて先）生駒市長

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（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）			
	<input type="checkbox"/> 組換え沈降9価 HPV ワクチン（シルガード）			
予 防 接 種 実 施 年 月 日		接種年月日	ロット No.	接種量
	1回目	年 月 日		0.5ml
	2回目	年 月 日		0.5ml
	3回目	年 月 日		0.5ml

実 施 医 療 機 関：

医 師 名：

医師署名又は記名押印：