

## 新潟市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い要綱

### (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（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18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、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 新潟市は、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新潟市が認める措置による費用の助成を新潟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日時点で新潟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 償還払いの申請をできる者は、前条に規定する被接種者、もしくは、その保護者（親権を行う者、後見人又はその他現に被接種者を養育している者をいう。）とする。ただし、申請日において被接種者が18歳未満の場合は、保護者が申請するものとする。
- 3 申請日において被接種者が18歳を超えている場合で、被接種者以外の者が申請をする場合には、委任状（様式第3号）を提出しなければならない。
- 4 第1項の規定にかかわらず、新潟市長は、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 新潟市は、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、接種日の属する年度における新潟市予防接種委託料金（別表）に相当する額（以下「償還額」という。）を支給するものとする（最大3回接種分まで）。ただし、不可問診は支給の対象外とする。

- 2 償還額は、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。

(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費用償還払い申請書(様式第1号)に必要な事項を記入し、次の各号に掲げる書類を添付して新潟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、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)の提出をもって第一号に掲げる書類等に代えることができる。

- 一 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)
- 二 込先金融機関通帳の銀行名、支店、口座番号、口座名義人氏名が記載されているページの写し

2 新潟市長は、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、新潟市長は、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 新潟市長は、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 新潟市長は、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、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 新潟市長は、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 新潟市は、償還払いを行うこと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 11 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新潟市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

別表（第3条関係）

接種日の属する年度	助成金額 (新潟市予防接種委託料金)
平成25年度	15,303円
平成26年度	15,676円
平成27年度	15,676円
平成28年度	15,702円
平成29年度	15,702円
平成30年度	15,702円
令和元年度	16,040円
令和2年度	16,040円
令和3年度	16,040円

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請書  
(口座振替申込書兼受領委任状)

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

標記について、下記のとおり関係書類を添えて、予防接種費用の償還払いを申請します。

- 【申請者】 ●申請できるのは接種を受けた本人(被接種者)、または、その保護者に限ります。  
●申請日時点で被接種者が18歳以上(成人)の場合、本人以外からの申請は委任状(様式第3号)が必要です。

ふりがな 氏名		被接種者との 続柄	
住所			
電話番号			

- 【被接種者】 ●申請できるのは令和4年4月1日時点で新潟市に住民票のあった方です。

ふりがな 氏名		生年月日	
現住所			
令和4年4月1日 時点での住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(異なる場合) 新潟市	区

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®)		
接種を受けた年月日 (申請するものだけ記載)	1回目	平成・令和	年 月 日
	2回目	平成・令和	年 月 日
	3回目	平成・令和	年 月 日
接種医療機関	1回目	(医療機関名) (所在地)	
	2回目	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ	(医療機関名) (所在地)
	3回目	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ <input type="checkbox"/> 2回目と同じ	(医療機関名) (所在地)

申請額	接種回数	接種日	請求額 (新潟市予防接種委託料金)	支給可否	助成金額
	1回目			円	可・非
2回目			円	可・非	円
3回目			円	可・非	円

※太枠内の申請する分のみご記入ください。

(合計) 円

裏面もご記入ください

【 振込先 】 該当する番号を○で囲んでください

任意接種費用について、下記の指定口座へ振込を依頼します。

1. 申請者と口座名義が同じ
2. 受領委任(申請者と口座名義が異なる場合。ただし、被接種者本人もしくは被接種者保護者であること。) 私は、下記の者をもって代理人と定め、受領に関する権限を委任します。

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合				本店・支店 支所・出張所			
	金融機関コード				支店番号			
口座種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	口座番号						
口座名義	フリガナ							

※振込を確実にするため、口座番号・名義などが記載されたもの(通帳・キャッシュカード等)の写しを添付してください。

【 誓約・同意事項 】 下記の事項をお読みいただき、該当する項目にチェックをお願いします。

住民基本台帳(被接種者および申請者)および、医療機関等の情報について、新潟市が必要と認めるときに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
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、新潟市以外の自治体から助成を受けたことはありませんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
令和4年4月1日以降に特例措置での接種(キャッチアップ接種)を受けましたか。 「はい」の場合は、接種日と接種を受けた自治体名(市町村)を記載してください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	2回目:令和 年 月 日 自治体:( )	
	3回目:令和 年 月 日 自治体:( )	
申請内容に誤りや偽りがあり、支給要件に該当しないことが判明した場合には、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

【 添付書類 】 申請にはすべての書類をそろえてご提出ください。

- 被接種者の氏名・生年月日・住所が確認できる書類の写し(マイナンバーカード・運転免許証など)  
被接種者と申請者が異なる場合は、申請者の分も添付
- 接種記録が確認できる書類の写し(母子健康手帳・予防接種済証など)
- 振込先金融機関の通帳もしくはキャッシュカードの写し(振込先が分かるもの)
- 委任状(ただし、申請時点で被接種者が18歳以上、かつ、申請者が被接種者以外の場合のみ添付)

※その他、必要に応じて追加書類を求め場合があります。ご了承ください。

【 問合せ先 】

北 区 健康福祉課	〒950-3393 北区東栄町1-1-14 TEL 025(387)1340	秋葉区 健康福祉課	〒956-8601 秋葉区程島2009 TEL 0250(25)5685
東 区 健康福祉課	〒950-8709 東区下木戸1-4-1 TEL 025(250)2340	南 区 健康福祉課	〒950-1292 南区白根1235 TEL 025(372)6375
中央区 健康福祉課	〒951-8553 中央区西堀通6番町866 TEL 025(223)7237	西 区 健康福祉課	〒950-2097 西区寺尾東3-14-41 TEL 025(264)7423
江南区 健康福祉課	〒950-0195 江南区泉町3-4-5 TEL 025(382)4340	西蒲区 健康福祉課	〒953-8666 西蒲区巻甲2690-1 TEL 0256(72)8372
保健所 保健管理課	〒950-0914 中央区紫竹山3-3-11 TEL 025(212)8123		

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い申請用証明書

令和 年 月 日

(宛先)新潟市長

【 被接種者 】 ※申請者が記入すること

住 所

氏 名

生年月日

上記の者(被接種者)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®)			
任意接種を受けた 年月日 (該当するものだけ記載)	1回目	平成・令和 年 月 日		
		ロット番号	接種量	0.5ml
	2回目	平成・令和 年 月 日		
		ロット番号	接種量	0.5ml
	3回目	平成・令和 年 月 日		
		ロット番号	接種量	0.5ml

接種場所(医療機関名・所在地・連絡先)

接種医師名

医師署名又は記名押印

## 委任状

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

【 委任者 】 ※被接種者本人が記入すること

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払いの申請(請求)及び受領の権限を委任します。

【 代理人 】

住 所

氏 名

(被接種者との続柄 )

生年月日

電話番号



〒
---

新保管第 号の2  
令和 年 月 日

新潟市長 ●●●●

### 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・却下通知書

申請のあった任意接種費用の支給について、下記のとおり決定したので、新潟市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用償還払い要綱第6条第2項の規定により通知します。

#### 記

被接種者 : 様  
申請者 : 様 (続柄 )

#### 1. 支給します

支給予定日	
支給決定額	

#### 2. 支給しません

理由	
----	--