

## 自費で接種した方への払い戻しについて

HPV ワクチンの積極的勧奨の差し控えにより定期接種の機会を逃した方で、すでに自費で接種を受けた方に対して接種費用の償還払い（払い戻し）を実施します。

### 対象者

以下の条件をすべて満たす方

1. 令和 4 年 4 月 1 日時点で豊田市に住民登録があること
2. 平成 9 年 4 月 2 日～平成 17 年 4 月 1 日生まれの女子
3. 16 歳となる日の属する年度の末日（高校 1 年生相当の 3 月 31 日）までに HPV ワクチン定期接種で 3 回の接種を完了していない方
4. 17 歳となる日の属する年度の初日（高校 2 年生相当の 4 月 1 日）から令和 4 年 3 月 31 日までに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、実費を負担した方
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を受けていない方

### 対象となるワクチン

組換え沈降 2 価 HPV ワクチン（サーバリックス<sup>®</sup>）又は組換え沈降 4 価 HPV ワクチン（ガーダシル<sup>®</sup>）

（備考）9 価 HPV ワクチン（シルガード<sup>®</sup>9）は対象外です。

### 償還金額

医療機関に支払った接種費用

（交通費・文書料など接種費用に含まれない金額は除く）

ただし、接種費用の支払いを証明する書類を用意できない場合は、市が定める金額になります。

### 申請期限

令和 7 年 3 月 31 日

（備考）申請書類が不足している場合、書類の追加提出を求める場合があります。

追加提出書類も令和 7 年 3 月 31 日までに提出が必要となるため、申請期限までに余裕をもって申請してください。

## 手続きの流れ

### 1 必要書類の提出

以下の提出書類を感染症予防課まで提出してください。

- (1) ヒトパピローマウイルス感染に係る任意接種償還払い申請書（様式第 1 号）
- (2) 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は双方のもの）  
（備考）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
- (3) 振込希望先金融機関の通帳またはキャッシュカードの写しなど、口座名義・口座番号を確認できるもの
- (4) 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）（備考）原本に限ります  
（備考）接種費用の支払を証明する書類を紛失した場合、接種した医療機関に支払証明書等の発行が可能かどうか、必ずお問合せください。接種費用の支払いを証明する書類を用意できない場合は、市が定める金額になります。なお、証明書等の発行に要した文書料は払い戻しの対象外です。
- (5) 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、予防接種済証等）

接種記録が確認できる書類がない場合は、接種した医療機関に「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）をお持ちいただくと、証明を受けることができる場合があります。

（備考）証明に要した文書料は払い戻しの対象外です。

### 2 決定通知書の発行

提出していただいた申請書の審査を行い、払い戻しが決定しましたら、申請者あてに決定通知書を郵送します。

### 3 指定口座へ入金

決定通知書の発行から 2 か月以内に指定の口座へ振り込みします。

#### 様式

- ・ [ヒトパピローマウイルス感染に係る任意接種償還払い申請書（様式第 1 号）](#)
- ・ [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）](#)

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

令和 年 月 日

豊田市長様

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		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		
2回目		円				
3回目		円	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。	
令和	年 年 日
申請者氏名	

【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、豊田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
この申請書を、豊田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扱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は双方のもの）※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。

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

令和 年 月 日

豊田市長様

（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
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年 月 日		0.5 mL
3回目	ロット番号	接種量	
接種年月日			
年 月 日		0.5 mL	

所在地：

実施医療機関 名称：

医師名：  
(署名もしくは記名押印)