HPV（ヒトパピローマウイルス）ワクチンを自費で接種された方への償還払いについて

HPV ワクチンの積極的勧奨の差控えにより、定期接種の機会を逃し、定期接種の対象年齢を過ぎて令和 4 年 3 月 31 日までに HPV ワクチンを自費で接種した方の接種費用を助成します。

1．対象者（以下のすべてに該当する方が対象です。）

①令和 4 年 4 月 1 日時点に名護市に住民票があること。

②平成 9 年 4 月 2 日から平成 18 年 4 月 1 日までに生まれた女性。

③16 歳となる日の属する年度の末日（定期接種対象期間内）までに HPV ワクチンの定期接種を 3 回完了していないこと。

④17 歳となる日の属する年度から令和 4 年 3 月 31 日までに国内の医療機関において任意接種を受け、実費を負担したこと。

⑤償還払いを受けようとする接種回数分について HPV ワクチンのキャッチアップ接種を受けていないこと。

2．対象のワクチン

・2 価 HPV ワクチン

・4 価 HPV ワクチン　　※9 価 HPV ワクチンは助成対象外

3．助成事業の実施期間

令和 4 年 8 月 1 日から令和 7 年 3 月 31 日まで

4．助成額

接種者が負担した接種料金の実費（交通費・文書料は対象外）

市が定めた申請年度の HPV ワクチン委託料を上限とします。

5．申請方法

償還払いに必要な以下の申請書類をご用意のうえ、健康増進課に提出してください。

① 「ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成申請書兼請求書」（様式第１号）

②接種記録が確認できる書類の写し

母子健康手帳「予防接種の記録」欄、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等、

③接種費用の支払いを証明できる書類（領収書、明細書、支払い証明書等）の原本

＊接種費用の支払いを証明できる書類が提出できない場合でも申請が可能です。

ただし、市で決められた金額での助成となります。

④接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）

＊接種者が、１８歳未満の場合、申請者は保護者になります。

申請者と接種者が異なる場合は、双方の確認書類の写しが必要です。

⑤振り込み希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し

⑥印鑑

※②の書類が準備できない場合は、③の原本で「接種日」「ワクチン名」「ワクチン毎の料金」「医療機関名」が記載されていれば、②の書類を兼ねて申請することができます。それができない場合は接種した医療機関よりヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成申請用証明書（様式第２号）を発行してもらい提出してください。

接種費用の証明もできる場合は様式第２号で③の様式を兼ねることができます。ただし証明ができない場合もあるので事前に医療機関にお問い合わせ下さい。

※申請に必要な様式は、名護市ホームページからダウンロードできます。

※提出された書類に不足があるときは、必要書類の追加提出を求めることがあります。

申請・問合せ先　〒９０５－８５４０名護市港一丁目１番１号
名護市役所　健康増進課　予防接種担当
電話　０９８０－５３－１２８１（内線１５８）