



HPV ワクチンを自己負担で受けられた方へ

子宮頸がん予防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が定期接種の年齢を過ぎて、任意接種として自己負担で接種した場合、氷見市が定める限度額の範囲内で接種費用の償還払い（払い戻し）を実施します。

- 1 対象者 令和4年4月1日時点で氷見市に住所があり、下記①～④の全てを満たすもの
 - ①平成9年4月2日～平成17年4月1日生まれの女子であること
 - ②16歳になる年度（高校1年生相当）の末日までに HPV ワクチンの定期接種を3回受けていないこと
 - ③17歳になる年度（高校2年生相当）の初日から令和4年3月31日までに国内の医療機関で HPV ワクチン（2価ワクチン、4価ワクチン又は9価ワクチン）の接種を自己負担で受けていること
 - ④償還払いを受けようとする接種回数分について、公費負担で HPV ワクチン接種を受けていないこと
- 2 申請期間 令和4年4月1日から令和7年3月31日までの3年間
- 3 支払方法 償還払い（助成金額が決定次第、後日ご指定の口座に振り込みます）

4 助成の範囲

ワクチン種類	接種回数	限度額
2価 HPV ワクチン（サーバリックス®）	いずれも計3回接種	1回 15,900円を上限とする
4価 HPV ワクチン（ガーダシル®）		
9価 HPV ワクチン（シルガード®9）		1回 29,300円を上限とする

※申請額が限度額を超える場合の超過分は、自己負担となります。また、申請額が限度額以下の場合には、申請額が償還額となります。

- 5 申請の方法 申請書は任意接種分をまとめて速やかに提出してください。
申請書に下記の書類を添えて、健康課へ提出してください。
※申請時に提出していただく書類等
 - 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（様式第1号）
 - 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）
 - 医療機関で発行された領収書・診療明細書（原本）
※領収書等がない場合は、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）が必要になります。
 - 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳や予防接種済証の写し等）
 - 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

6 その他

氷見市から他市町村へ転出された場合、申請書は使用できません。

<p>お問い合わせ先 氷見市中央町12-21 氷見市市民部健康課 （いきいき元気館内） TEL (0766) 74-8062</p>
--

