



# 子宮頸がん予防接種にかかった費用の 払い戻し(償還払い)について

令和5年度 小千谷市

積極的勧奨を控えていた時期に定期接種を見送り、定期接種の対象年齢を過ぎてから、自費で子宮頸がん予防ワクチン接種を受けた方に対して、接種を受けた回数分の費用を払い戻します。

(最大3回分)

## 対象者

以下の条件に全て当てはまる方

- 令和4年4月1日時点で小千谷市に住民登録がある方
- 平成9年4月2日～平成17年4月1日生まれの女性
- 17歳になる年度初日～令和3年度末日の期間に、子宮頸がん予防ワクチン(2価または4価)の費用を自己負担で接種した方



**【注意】** 以下のうちどれかに当てはまる方は対象となりません。

- ・ 16歳となる年度の末日までに、当該予防接種を定期予防接種として3回接種済みの方
- ・ 過去に本市以外の市区町村から、同種の補助を受けた方
- ・ 日本国外で接種された方

## 申請期限

令和7年3月31日(金)まで

## 申請方法

申請書(様式第1号)をご記入のうえ、以下の書類を添付し、健康・子育て応援課まで提出ください。

|   |                           |  |
|---|---------------------------|--|
| 1 | 接種記録が確認できる書類<br>(いずれか1つ)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 母子健康手帳「予防接種の記録」欄と「出生届出済証明」のページの写し</li> <li>・ 予防接種済証または予診票の写し</li> <li>・ 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2)</li> </ul>                         |
| 2 | 接種を受けた方の氏名・住所・生年月日確認書類の写し | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 申請時住所記載の健康保険証(両面)、運転免許証、マイナンバーカードなど</li> </ul> ※申請者と被接種者が異なる場合は、双方のもの   |
| 3 | 接種費用の支払いを証明する書類の原本        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 接種したワクチンの内訳が分かる領収書または支払い証明書(接種年月日、ワクチンの種類、ワクチン毎の接種費用、医療機関名がわかるもの。なお、内訳の記載がない場合は、明細書もご提出ください。)</li> </ul> ※紛失等、上記の書類をなくされた場合は、医療機関に一度お問い合わせください。 |
| 4 | 振込先金融機関の通帳の写し             | 金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人が確認できる書類   |

## 償還金額

- 領収書等接種費用を証明できる書類を提出した方：接種費用の実費
- 紛失などで領収書等を提出できない方：1回あたり16,066円(令和5年度)



お問い合わせ先 〒940-0028 小千谷市城内4丁目1番38号 健康・子育て応援課 健康増進係

電話：0258-83-3640 FAX：0258-82-8964