

子宮頸がん予防(HPV)ワクチンを自費で接種した方へ

任意接種費用助成のご案内



子宮頸がん予防(HPV)ワクチンのキャッチアップ接種対象者のうち、令和4年3月31日までに HPV ワクチン(サーバリックスまたはガーダシル)を自費で受けた人に対して、接種にかかった費用を助成します。

対象者

次の①から⑥すべてに当てはまる人

- ①令和4年4月1日時点で音更町民の人
 - ②平成9年4月2日から平成17年4月1日生まれの女性
 - ③16歳となる年度の最終日までに3回の接種を完了していない人
 - ④17歳となる年度の初日から令和4年3月31日までに日本国内の医療機関でサーバリックスまたはガーダシルの任意接種を受け、接種費用を自己負担した人
 - ⑤費用の助成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人
- ※令和4年4月2日以降に音更町に転入した人は転入前の自治体にお問い合わせください。

助成額

子宮頸がん予防ワクチンを接種した金額(接種に要した最大3回分)
※接種した金額を証明できる書類がない場合はご相談ください。

申請期限

令和7年3月31日まで

申請に必要な書類

次の①から⑤の書類を健康推進課に提出してください。

- ①音更町子宮頸がん予防に係る任意接種費用補助金交付申請書
- ②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、予診票などの写し)
※接種を証明するものがない場合は接種した医療機関が作成した「音更町子宮頸がん予防に係る任意接種費用補助金交付申請用証明書」でも可能です。
- ③接種費用の支払いを証明する領収書や明細書、支払い証明書(原本に限る)
- ④接種を受けた人の本人確認ができる書類の写し(申請時住所記載の住民票、運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証などいずれかひとつ)
※申請者と被接種者が異なる場合は、双方の書類が必要です。
- ⑤振込希望先金融機関の通帳またはキャッシュカードのコピー

書類は下記の QR コードからもダウンロード可能です。

【申請書】



【証明書】



申請される場合は、事前に健康推進課までご連絡ください。

申請後、交付が決定しましたら決定通知書を郵送し、指定された口座に振り込みいたします。

【申請先・問い合わせ先】

音更町保健センター内健康推進課おやこ保健係

〒080-0104 音更町新通8丁目5番地 受付時間：平日8：45～17：30

電話：0155-42-2712 FAX：0155-42-2713