

# 子宮頸がん予防ワクチン接種後の 症状に対する医療費等支援のお知らせ

平成 23 年 2 月 25 日から平成 25 年 3 月 31 日までに、市が実施した子宮頸がん予防ワクチンの接種後に、ワクチンとの因果関係が否定できない持続的な痛みやしびれ、脱力、不随意運動等の症状を有している市民の方が、現に症状を有している実態に即して、適切な医療が受けられるよう市独自の医療費等の支援をします。

## ●対象者 次のすべての項目に該当する方が対象となります。

- [1]平成 23 年 2 月 25 日から平成 25 年 3 月 31 日までに市が実施した子宮頸がん予防ワクチン接種を受けた人（接種日時点で本市が実施する子宮頸がん予防ワクチン接種対象者）
- [2]子宮頸がん予防ワクチン接種後に、ワクチンとの因果関係が否定できない持続的な痛みやしびれ、脱力、不随意運動等の症状を有し、日常生活に支障が生じている人
- [3]厚生労働省が指定する「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関」または市長が適当と認める医療機関において、当該症状がワクチン接種との因果関係が否定できないと診断され、副反応報告がされている方であって、現に治療を受けている人

## ●助成内容 治療に要した医療費の自己負担分と医療手当を助成します

※ただし、独立行政法人医薬品医療機器総合機構による健康被害救済制度や特定疾患医療給付等、他の公的制度により給付を受けた分は控除します。

## ●申請から助成までの流れ

- ① 健康づくり課へ必要書類を提出（申請に必要な書類参照）
- ② 医療費等支援対象者認定（非認定）通知書により通知（様式第 2 号、様式第 3 号）
- ③ 医療費・医療手当給付申請書（様式第 4 号）、受診証明書（様式第 5 号）、当該医療に係る領収書及び診療明細書、その他必要書類を添付して健康づくり課に提出

## 【申請に必要な書類】

- ① 子宮頸がん予防ワクチン接種後の症状に対する医療費等支援対象者認定申請書（様式第 1 号）
- ② 医療機関の診断書
- ③ 母子健康手帳（予防接種記録が記載されたもの）または子宮頸がん予防ワクチン済証
- ④ 身体障害者手帳、特定疾患医療給付受給者証（所持している方のみ）

## ●助成対象期間 対象者として認定後、最初の助成対象月から原則 1 年以内



くわまる

## 【お問い合わせ・申請窓口】

伊勢崎市 健康推進部 健康づくり課

TEL 0270-27-2746

〒372-8501 伊勢崎市今泉町二丁目410