

男性へのヒトパピローマウイルス（HPV）感染症任意予防接種費用助成のお知らせ

予防接種は、免疫をつくって感染症を予防するのに役立ちます。中央区は、小学校6年生から高校1年生相当までの男性へのHPVワクチン任意予防接種費用を全額助成しています。被接種者または保護者の方が、助成金の申請等を接種実施医療機関の所属する医師会長へ委任することで、接種費用の助成が受けられる制度です。男性へのHPVワクチン接種は、予防接種法に基づいた定期予防接種ではなく、接種の努力義務がない任意予防接種です。このお知らせをご確認いただき、接種するかをご判断ください。

◇ 病気の説明

ヒトパピローマウイルス（HPV）は、主に性行為によって感染するウイルスです。性行為を経験する年頃になれば、男女を問わず多くの人がHPVに感染します。ウイルスの遺伝子型は200種類以上あり、ほとんどは問題を起こしませんが、その一部は子宮頸がんのほか中咽頭がん、肛門がん、尖圭コンジローマなどの疾患の原因になることが分かっています。

◇ HPVワクチン

男性がHPVワクチンを接種することで、肛門がん、尖圭コンジローマなどの原因と考えられているHPVへの感染予防が期待できます。加えて、男性がワクチン接種による感染予防をすることで、性交渉によるHPV感染から女性を守り、女性の子宮頸がんの予防にもつながる可能性があります。

◇ 副反応

接種部位の痛み、腫れ、赤み、頭痛や発熱などがみられることがあります。また、まれではありますが過敏症反応（アナフィラキシー、気管支痙攣、蕁麻疹）、ギラン・バレー症候群、血小板減少性紫斑病や急性散在性脳脊髄炎（ADEM）などが生じる可能性があります。

◇ 助成対象ワクチン

- ・組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン「ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ」（以下「4価ワクチン」と記載しています。）

4価ワクチンは、HPV6型、11型、16型、18型の感染を防ぐことができます。

- ・組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン「シルガード®9水性懸濁筋注シリンジ」（以下「9価ワクチン」と記載しています。）

9価ワクチンは、HPV6型、11型、16型、18型に加え、31型、33型、45型、52型、58型の感染も防ぐことができます。

※9価ワクチンは、令和7年8月25日付けで男性への接種の薬事承認がされました。令和7年8月24日以前の接種は助成の対象外です。

◇ 接種間隔

＜標準的なスケジュール＞



※1 : 1回目と2回目の接種は、少なくとも5カ月以上の間隔をあけます。5カ月未満である場合、3回目の接種が必要になります。

※2・3 : 2回目と3回目の接種がそれぞれ1回目の2カ月後と6カ月後にできない場合、2回目は1回目から1カ月以上（※2）、3回目は2回目から3カ月以上（※3）の間隔をあけます。

◇ 助成対象者

小学校6年生～高校1年生相当の中央区民の男性

◇ 助成回数

最大3回

※過去に1回接種したことがある方は2回まで、2回接種したことがある方は1回までの接種費用を助成します。

※助成は1種類のHPVワクチンのみです。どちらかのHPVワクチンで接種完了した後に別のワクチン接種の助成を受けることはできません。

※接種完了までに必要な回数はワクチンや接種開始年齢によって異なります。

◇ 助成期間

小学校6年生の年度の4月1日から高校1年生相当の年度の3月31日まで

※事業が終了となる場合はこの限りではありません。事業が終了となった際は、それ以前に予診票の発行を受けていても助成が受けられなくなります。

※事業終了となる際は、区ホームページ等で周知する予定です。

◎氏名を変更した場合や区内転居をした場合は、予診票を再度申請してください。

◇ 接種場所

同封の「令和7年度 中央区男性へのHPV任意予防接種費用助成事業実施医療機関名簿」をご確認のうえ、実施医療機関で接種を受けてください。

※実施医療機関以外で接種を受けた場合や、中央区の予診票を使用しない場合は助成が受けられません。

※予防接種が受けられる日時は医療機関によって異なりますので、事前に医療機関へご確認ください。

※使用するワクチンは医療機関によって異なりますので、事前に医療機関へご確認ください。

◇ 料金

無料（全額助成）

※助成期間外の接種、中央区内の実施医療機関以外での接種、指定の予診票を使用しない接種、中央区から転出した後の接種は助成の対象となりません。

※予診のみの場合は、助成の対象外です。

◇ 予診票の申請方法

- ・保健所・各保健センター窓口にて申請（即日発行）※本人確認書類をお持ちください
- ・申請書を区ホームページからダウンロードして、保健所へ郵送（10営業日程度で郵送）
- ・電子申請（10営業日程度で郵送）※右のQRコードから申請してください。



〈電子申請〉

◇ 接種時の持ち物

①予診票②マイナンバーカード（健康保険証）の2つ

※お持ちの方は母子健康手帳も持参してください。接種の確認や記録に使用します。

※HPVワクチンを接種したことのある方は、予防接種の履歴が分かるものを持参してください。

◇ 予防接種と助成の方法

- ① 予防接種を受ける前に、予診票を申請してください。
- ② 予診票を受け取った後に実施医療機関の予約をしてください。
- ③ 予診票に必要事項を記入して、実施医療機関で予防接種を受けます。
※予診票の「委任状」欄に、日付の記入・署名をしてください。署名がないと助成が受けられません。
16歳未満は保護者が、16歳以上の方は本人が署名してください。
- ④ 接種費用は無料（公費負担）です。

(1) 予防接種を受ける前の注意事項

予防接種は、体調の良いときに受けましょう。体調の悪い時には無理をせず、次の機会を待ちましょう。病気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師に質問しましょう。お子さんの日々の体質や健康状態で何か気にかかることがあるときは、あらかじめ、かかりつけの医師や保健所にご相談ください。

(2) 予防接種を受けることができない方

次の方は、予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに熱のある方（通常は37.5℃を超える場合）
- ② 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ③ 本剤の成分に対して過敏症を起こしたことが明らかな方
- ④ その他、医師に不適当な状態と判断された方

(3) 予防接種を受ける前に医師とよく相談しなくてはならない方

次の方は、かかりつけの医師と事前によくご相談ください。

- ① 心臓病、肝臓病、腎臓病や血液の病気で治療中または発育障害などの基礎疾患のある方
- ② 風邪などのひきはじめと思われる方
- ③ これまでに予防接種を受けて2日以内に発熱、発疹などアレルギーを思わせる異常がみられた方
- ④ 本予防接種の成分に対して過敏症を起こす恐れがある方
- ⑤ 薬を使用して皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- ⑥ 今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- ⑦ 免疫状態を検査して異常を指摘されたことがある方もしくは近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ⑧ 血小板減少症や凝固障害を有する方

(4) 予防接種を受けた後の注意事項

- ① 予防接種を受けた後30分間は、接種場所でお子さま（ご自身）の様子を観察するか、医師とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。アナフィラキシーなどの急な副反応はこの間に起こることがあります。
- ② 接種後に接種部位の異常や、高熱、けいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ③ 不活化ワクチン接種後1週間は副反応が出ていないかよく観察してください。
- ④ このワクチンは不活化ワクチンです。令和2年10月より不活化ワクチンの接種間隔が撤廃され、このワクチンの接種後に違う種類の不活化ワクチンや生ワクチンを接種する場合には、翌日から接種が可能です。
- ⑤ 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位はこすらないでください。
- ⑥ 接種当日は激しい運動は避けてください。その他はいつも通りの生活で差し支えありません。
- ⑦ 医薬品の副作用による健康被害については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）が実施する医薬品副作用被害救済制度がありますので直接お問合せください（フリーダイヤル0120-149-931）。

(5) 保護者の同伴について

保護者等の同伴については、以下のとおりです。

- ① 13歳未満の方は、保護者等の同伴が必要です（予診票に保護者等が署名してください）。
- ② 13歳以上16歳未満の方は、【保護者・被接種者等記入欄（自署欄）】下部（保護者が同伴しない場合に「保護者自署」と「緊急の連絡先」の記載がある予診票を持参すれば、保護者等の同伴は不要です。この場合、本人が予診票の質問事項に回答できるようにしてください）。
- ③ 16歳以上の方は保護者等の同伴は不要です（予診票に本人が署名してください）。

なお、保護者からの委任状に基づき、普段からお子さんの健康状態をよく知っている方に限り、保護者以外の方が同伴できます。委任状が必要な方は事前に区ホームページからダウンロードをするか、保健所・各保健センターにご連絡ください。



〈委任状〉

詳細は区ホームページをご覧ください

中央区 男性HPV



【問合せ先】中央区保健所 健康推進課 予防接種担当

中央区明石町 12-1

TEL 03-3541-5930



〈区ホームページ〉

【予診票の記入方法】

任意接種用（中央区民のみ）

中央区男性ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症任意予防接種予診票兼助成金申請等委任状

（請求用）

住所・氏名等を変更した場合は、予診票の再発行申請をしてください。

有効期限は「小学校6年生から高校1年生相当まで」です。有効期限が切れた予診票は使用できませんのでご注意ください。

今回の接種に「○」をつけて下さい。 また過去の接種年月日をご記入ください。	1回目接種 (西暦) 年 月 日	2回目接種 (西暦) 年 月 日	3回目接種 (西暦) 年 月 日
--	---------------------	---------------------	---------------------

※これまでに接種したワクチンが分からない場合は、医師に母子健康手帳に記載の予防接種記録票を提示するか、前回接種した医療機関に確認してください。

男性ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症任意予防接種予診票兼助成金申請等委任状 ○ワクチンは国内で男性への接種が承認された HPV ワクチンに限ります。

(宛先) 中央区長 (西暦) 年 月 日

私は、男性ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症任意予防接種費用助成金の申請、請求及び受領について、その全てを（中央区・日本橋）医師会長へ委任します。

保護者又は同伴者署名
(被接種者が16歳以上の場合は本人)

今回の接種に「○」をつけ、今までの HPV ワクチンの接種記録を確認し接種年月日を記入してください。
※1 回目接種の場合は「○」をつけるのみで結構です。

質問事項をよく読み回答してください。

被接種者が16歳以上の場合は本人が、16歳未満の場合は保護者等が署名をしてください。西暦で日付を記入してください。

質問事項	回答	度	分
1 いちから配られている説明書を読みましたか。	はい	はい	はい
2 ころがありますか。	はい	はい	はい
3 ださい。()	はい	はい	はい
4 かかりましたか。 病名()	はい	はい	はい
5 仲間()に麻しん、風しん、水痘、おたふく()	はい	はい	はい
6 受けましたか。	はい	はい	はい
7 天性異常、心臓、腎臓、肝臓又は脳神経()	はい	はい	はい
8 受けていますか。 病名()	はい	はい	はい
9 っている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	はい	はい
10 (服) や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい	はい	はい
11 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。() 歳頃	はい	はい	はい
12 そのときに熱が出ましたか。	はい	はい	はい
13 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	はい	はい
14 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	はい	はい
15 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい	はい	はい
16 予防接種名 ()	はい	はい	はい
17 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	はい	はい
18 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	はい	はい

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。

保護者、同伴者又は接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

【保護者等・被接種者等記入欄（自署欄）】どちらかに☑を入れてください。

☐ 保護者又は代理人（同伴者）が同伴する場合又は被接種者が16歳以上の場合

医師の診察及び説明を受け、予防接種の効果及び目的、重篤な副反応の可能性、医薬品副作用被害救済制度等について理解した上で接種すること及びこの予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解した上で本予診票が区に提出されることに同意します。

保護者又は同伴者署名
(被接種者が16歳以上の場合は本人)

☐ 被接種者が13～15歳で保護者が同伴しない場合

HPV ワクチン予防接種についての説明書を読み、予防接種の効果及び目的、重篤な副反応の可能性、医薬品副作用被害救済制度等について理解し、接種を受ける方の病歴、健康状態、接種当日の体調等を考慮した上で、また、この予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票に同意します。

保護者自署

使用ワクチン	接種量 0.5ml	実施機関名 ()
		接種医師名 ()
		接種年月日 ()

被接種者が13～15歳で保護者等が同伴しない場合は、保護者の署名と緊急の連絡先の記入をしてください。

・被接種者が16歳未満の場合は、保護者等の同伴及び保護者等の署名が必要です。
・被接種者が16歳以上の場合は本人が署名してください。