

(様式5)

島根県定期予防接種広域化事業料金表

市町村名 奥出雲町

問い合わせ先

担当課名	健康福祉課
郵便番号	699-1592
所在地	仁多郡奥出雲町三成358番地1
電話番号	0854-54-2781
F A X	0854-54-0052

	ワクチンの種類	年齢区分	① 委託料 (円) (消費税を含む)	② ①の委託料の中の ワクチン代の有無	③ ②のワクチン代が別 の場合のワクチン料 金(円)	備 考 (自己負担金等)	接種不可料金 (円)	
A類	B型肝炎	1歳未満	6,000	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	ヘモフィルスインフルエンザ菌b型(ヒブ)	2か月以上5歳未満	7,800	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	小児用肺炎球菌	2か月以上5歳未満	11,100	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	四種混合	2か月以上7歳6か月未満	10,300	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	五種混合	2か月以上7歳6か月未満	20,100	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	B C G	1歳未満	10,200	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	麻しん風しん混合(MR)	1期:1歳以上2歳未満 2期:小学校就学前の1年間	9,500	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	水痘	1歳以上3歳未満	8,800	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	日本脳炎	6か月以上7歳6か月未満	6,200	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	ヒトパピローマウイルス様粒子(HPV)		①小学6年生から高校1年生の女子	2価・4価ワクチン 16,900	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0
			②平成9年4月2日～平成19年4月1日生まれの女性で、過去にHPVワクチンの接種を合計3回受けていない者	9価ワクチン 31,100	ワクチン代 込 ・ 別			
		ジフテリア破傷風混合(DT)	11歳以上13歳未満	5,100	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0
	ロタウイルス感染症	ロタリックス:生後6週から24週まで	ロタリックス 15,700	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	その他(ポリオ、麻しん(単独)、風しん(単独)、三種混合)			ワクチン代 込 ・ 別				
B類	インフルエンザ(高齢者)	①65歳以上の者 ②60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	5,200	ワクチン代 込 ・ 別		・自己負担1,500円 町への請求金額3,700円/件 ・生活保護世帯は無料	2,200	
	高齢者用肺炎球菌	①当該年度に65歳となる者 ②60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	4,000	ワクチン代 込 ・ 別		・自己負担は医療機関設定額より委託料を差し引いた額 ・生活保護世帯は無料	0	

①医療機関からの請求締切日

接種月の翌月10日

②医療機関への委託料支払日

接種月の翌々月10日