

(様式5)

島根県定期予防接種広域化事業料金表

市町村名

問い合わせ先

担当課名	
所在地	〒 (住所)
電話番号／FAX	(TEL) (FAX)

	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			ワクチン代 込 ・ 別			
	ヘモフィルスインフルエンザ菌 b 型 (Hib)			ワクチン代 込 ・ 別			
	小児用肺炎球菌			ワクチン代 込 ・ 別			
	四種混合			ワクチン代 込 ・ 別			
	五種混合			ワクチン代 込 ・ 別			
	B C G			ワクチン代 込 ・ 別			
	麻しん風しん混合 (MR)			ワクチン代 込 ・ 別			
	水痘			ワクチン代 込 ・ 別			
	日本脳炎			ワクチン代 込 ・ 別			
	ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV)			ワクチン代 込 ・ 別			
	ジフテリア破傷風混合 (DT)			ワクチン代 込 ・ 別			
	ロタウイルス感染症			ワクチン代 込 ・ 別			
	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)			ワクチン代 込 ・ 別			
	高齢者用肺炎球菌			ワクチン代 込 ・ 別			
	新型コロナウイルス感染症			ワクチン代 込 ・ 別			
	带状疱疹			ワクチン代 込 ・ 別			

①医療機関からの請求締切日

②医療機関への委託料支払日