

別紙3
(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
所在地	〒 699-1592 仁多郡奥出雲町三成358-1
電話番号/FAX	(TEL) 0854-54-2781 (FAX) 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	6,100	ワクチン代 込	/	自己負担金なし	0
	ヘモフィルスインフルエンザ菌b型 (Hib)	2か月以上5歳未満	7,800	ワクチン代 込	/	自己負担金なし	0
	小児用肺炎球菌	2か月以上5歳未満	11,200	ワクチン代 込	/	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	/	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	/	自己負担金なし	0
	BCG	1歳未満	11,500	ワクチン代 込	/	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	/	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	/	自己負担金なし	0
	日本脳炎	6か月以上7歳6か月未満	6,100	ワクチン代 込	/	自己負担金なし	0
	ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV)	①小学6年生から高校1年生の女子 ②平成9年4月2日～平成20年4月1日生まれの女性で、 令和4年4月1日～令和7年3月31日の間に1回以上HPVワ クチンの接種を受けているが合計3回受けていない者	2価・4価ワクチン 17,000 9価ワクチン 28,100	ワクチン代 込	/	自己負担金なし	0
	ジフテリア破傷風混合 (DT)	11歳以上13歳未満	5,200	ワクチン代 込	/	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	15,400	ワクチン代 込	/	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)							
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	5,300	ワクチン代 込	/	・自己負担1,500円 町への請求金額3,800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	/	・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
	新型コロナウイルス感染症	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	17,000	ワクチン代 込	/	・自己負担3,000円 町への請求金額14,000円/件 ・生活保護世帯は無料	3,200
	带状疱疹	①当該年度に65、70、75、80、85、90、95、100歳となる者 ②100歳以上の者 ③60歳以上65歳未満で、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	乾燥弱毒生水痘ワクチン 4,000 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 10,000	ワクチン代 込	/	・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 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