

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 西ノ島町

問い合わせ先

担当課名	健康福祉課
所在地	〒684-0303 (住所) 島根県隠岐郡西ノ島町大字美田600番地4
電話番号/FAX	(TEL) 08514-6-0104 (FAX) 08514-6-1183

	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	定期予防接種対象 年齢に準じる	5,700	ワクチン代 込			2,000
	ヘモフィルスインフルエンザ菌b型 (Hib)		8,000	ワクチン代 込			4,100
	小児用肺炎球菌		11,400	ワクチン代 込			7,200
	五種混合		19,500	ワクチン代 込			14,600
	BCG		10,600	ワクチン代 込			6,500
	麻疹風疹混合 (MR)		8,800	ワクチン代 込			4,800
	水痘		4,800	ワクチン代 込			3,900
	日本脳炎		6,500	ワクチン代 込			2,700
	ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV)		26,700	ワクチン代 込			21,100
	ジフテリア破傷風混合 (DT)		4,900	ワクチン代 込			1,300
	ロタウイルス感染症		14,100	ワクチン代 込			9,700
	RSウイルス感染症		30,000	ワクチン代 込			0
その他 (ポリオ)	9,500	ワクチン代 込			5,500		
B類	インフルエンザ (高齢者)					全額自己負担	
	高齢者用肺炎球菌					全額自己負担	
	新型コロナウイルス感染症	15,000	ワクチン代 込			自己負担10,000円	
	帯状疱疹 (ゾスタバックス)	9,300	ワクチン代 込			自己負担6,300円	
	帯状疱疹 (シングリックス)	22,000	ワクチン代 込			自己負担15,000円	

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
請求書が届き次第、すみやかに支払う