

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

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 | | | |
| | 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 | | | |
| | R S 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 | | | |
| | 帯状疱疹 | | | 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
