

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	〒 6 9 9 － 1 5 9 2 仁多郡奥出雲町三成 3 5 8 － 1
電話番号／F A X	(TEL) 0 8 5 4 － 5 4 － 2 7 8 1 (FAX) 0 8 5 4 － 5 4 － 0 0 5 2

	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	6,400	ワクチン代 込		自己負担金なし	
	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	7,900	ワクチン代 込		自己負担金なし	
	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	
	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	
	B C G	1歳未満	12,200	ワクチン代 込		自己負担金なし	
	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	
	水痘	1歳以上3歳未満	9,100	ワクチン代 込		自己負担金なし	
	日本脳炎	1期：6か月以上7歳6か月未満 2期：9歳以上13歳未満	6,400	ワクチン代 込		自己負担金なし	
	ヒトパピローマウイルス感染症（HPV）	小学6年生から高校1年生の女子	28,000	ワクチン代 込		自己負担金なし	
	ジフテリア破傷風混合（DT）	11歳以上13歳未満	6,600	ワクチン代 込		自己負担金なし	
	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	
	R S ウイルス感染症	妊娠28週0日から36週6日まで	30,591	ワクチン代 込		自己負担金なし	
	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） 【10月～1月】	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	5,500	ワクチン代 込		・自己負担2,000円 町への請求金額3,500円/件 ・生活保護世帯は無料	2,200
	高齢者用肺炎球菌	①65歳の者 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	6,000	ワクチン代 込		・自己負担は医療機関の接種料金から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 【10月～3月】	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6,000円 町への請求金額11,000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 ②60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	ワクチン代 込		・自己負担は医療機関の接種料金から委託料を差し引いた額 ・生活保護世帯は無料	0
			乾燥組換え带状疱疹ワクチン 10,000	ワクチン代 込			0

①医療機関からの請求締切日

接種月の翌月 1 0 日 ※請求書に押印が必要です

②医療機関への委託料支払日

接種月の翌々月 1 0 日