

R2年度 千葉県内定期予防接種相互乗り入れ料金表

市町村名

印西市

【問い合わせ】
 市町村担当課名 健康増進課
 郵便番号 270-1327 住所 印西市大森2356-3
 TEL 0476-42-5595 FAX 0476-42-5514

種別	年齢区分	委託料（消費税を含む）	備考
百日せき ジフテリア 破傷風 不活化ポリオ混 合（DPT-IPV）	生後3か月～90か月未満	11,528円	
百日せき ジフテリア 破傷風 混合（DPT）	生後3か月～90か月未満	5,951円	
ジフテリア破傷風混合 （DT）	2期：11歳以上13歳未満	5,143円	
不活化ポリオ（IPV）	生後3か月～90か月未満	10,208円	
麻しん風しん混合（M R）	1期：生後12か月～24か月未満 2期：小学校就学前1年間 （年長児）	10,868円	
麻しん	1期：生後12か月～24か月未満 2期：小学校就学前1年間 （年長児）	7,293円	
風しん	1期：生後12か月～24か月未満 2期：小学校就学前1年間 （年長児）	7,304円	
日本脳炎	1期：生後6か月～90か月未満	7,788円	
	2期・特例措置：9歳～20歳未 満	6,963円	
結核（BCG）	生後12か月未満	7,513円	
H i b	生後2か月～60か月未満	8,767円	
小児の肺炎球菌	生後2か月～60か月未満	12,298円	
ヒトパピローマウイルス	小学校6年生～高校1年生 相当の女子	16,588円	
水痘	生後12か月～36か月未満	9,163円	
B型肝炎	生後12か月未満	6,761円	
予診のみ	生後90か月未満	3,993円	
	生後90か月以上	3,168円	

特記事項

- ・請求書は翌月10日までに郵送してください。
- ・同時接種で接種見合わせとなった場合、予診のみの請求は1名につき1件としてください。
- ・請求書の日付は平日（月～金曜日、祝日除く）、12月分は1月4日、3月分は3月31日としてください。
- ・定期接種実施要領による規定以外での接種・予診は、支払いできません。