

千葉県内定期予防接種相互乗り入れ料金表

市町村名

浦安市

【問い合わせ】	
市町村担当課名	健康増進課
郵便番号	279-0004
住所	浦安市猫実1-2-5 健康センター内
TEL	047-381-9051
FAX	047-381-9083

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月から生後90月に至 るまでの間にある者	11,772円	
ジフテリア破傷風混合 (DT)	11歳以上13未満の者	4,644円	
不活化ポリオ(IPV)	生後3月から生後90月に至 るまでの間にある者	10,638円	
麻しん風しん混合(M R)	1期	11,988円	
	2期	10,584円	
麻しん	1期	8,478円	
	2期	7,074円	
風しん	1期	8,488円	
	2期	7,084円	
日本脳炎	1期	7,560円	●特例対象者 ・平成19年4月1日以前に生 まれた20歳未満の者 ・平成19年4月2日から平成 21年10月1日生まれの者で 9歳以上13歳未満の者 2期の委託料で請求。
	2期	6,750円	
結核(BCG)	生後1歳に至るまでの間に ある者	8,694円	
Hib	生後2月から生後60月に至 るまでの間にある者	9,223円	
小児の肺炎球菌	生後2月から生後60月に至 るまでの間にある者	12,528円	
ヒトパピローマウイルス	12歳となる日に属する年度 の初日から16歳となる日の 属する年度の末日までの 間にある女子	16,200円	
水痘	生後12月から生後36月に 至るまでの間にある者	10,314円	
B型肝炎	生後1歳に至るまでの間に ある者	7,786円	
予診のみ	7歳6カ月未満	3,855円	
	7歳6カ月以上	3,045円	
特記事項			
・同時接種で不適(予診票のみ)になった場合は、ひとりにつき1件分の請求でお願いします。			
・請求書は翌月10日までに郵送してください。3月分は3月31日までとしてください。			