

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

酒々井町

【問い合わせ】 市町村担当課名 郵便番号 285-8510 TEL 043-496-0090	酒々井町保健センター 住所 印旛郡酒々井町中央台4-10-1 FAX 043-496-8453
---	---

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)	3か月以上6歳未満	11,000円	
	6歳以上90か月未満	10,250円	
百日せき ジフテリア 破傷風 混合(DPT)	3か月以上6歳未満	5,600円	
	6歳以上90か月未満	4,850円	
ジフテリア破傷風混合 (DT)	3か月以上6歳未満	5,650円	
	6歳以上90か月未満	4,900円	
	11歳以上13歳未満	4,900円	
不活化ポリオ(IPV)	3か月以上6歳未満	9,800円	
	6歳以上90か月未満	9,050円	
麻しん風しん混合(MR)	12か月以上24か月未満・2 期のうち5歳以上6歳未満	10,400円	
	2期のうち6歳	9,650円	
麻しん	12か月以上24か月未満・2 期のうち5歳以上6歳未満	6,900円	
	2期のうち6歳	6,150円	
風しん	12か月以上24か月未満・2 期のうち5歳以上6歳未満	7,000円	
	2期のうち6歳	6,250円	
日本脳炎	6か月以上6歳未満	7,400円	
	6歳以上20歳未満	6,650円	
結核(BCG)	1歳未満	7,300円	
Hib	2か月以上5歳未満	8,400円	
小児の肺炎球菌	2か月以上5歳未満	11,700円	
ヒトパピローマウイルス	小学6年生から高校1年生に 相当する年齢の者	15,900円	
水痘	1歳以上3歳未満	9,000円	
B型肝炎	1歳未満	6,300円	
予診のみ		2,860円	
特記事項 同時接種で不適(予診のみ)になった場合は、1名につき1件の請求となります。			