

(様式5)

島根県定期予防接種広域化事業料金表

市町村名 知夫村

問い合わせ先

担当課名	知夫村役場 村民福祉課
郵便番号	684-0102
所在地	島根県隠岐郡知夫村1065番地
電話番号	08514-8-2211
F A X	08514-8-2093

	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	ヘプタバックス	生後2か月～1歳	5,690	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	2,059	
		ビームゲン(0.5ml)	生後2か月～1歳	5,940	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	2,293	
		ビームゲン(0.25ml)	生後2か月～1歳	5,640	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	2,014	
		ヘモフィルスインフルエンザ菌b型(ヒブ)		生後2か月～60か月	8,260	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	4,402
		小児用肺炎球菌(13価)		生後2か月～60か月	11,340	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	7,200
		小児用肺炎球菌(15価)		生後2か月～60か月	11,340	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	7,200
		四種混合		生後2か月～90か月	10,470	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	6,500
		五種混合		生後2か月～90か月	19,560	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	14,670
		B C G		1歳に至るまでの間	9,410	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	5,440
		麻しん風しん混合(MR)		I期12か月～2歳 II期5歳～7歳未満	10,080	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	6,050
		水痘		生後12か月～36か月	8,370	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	4,500
		日本脳炎		I期生後6か月～90か月 II期9歳以上13歳未満	7,000	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	3,250
		ヒトパピローマウイルス様粒子(HPV)	サーバリックス/ ガーダシル	11歳～16歳、(R6年度キャッチアップ接 種事業対象者)19歳～27歳	16,620	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	12,000
			シルガード	11歳～16歳、(R6年度キャッチアップ接 種事業対象者)19歳～27歳	28,500	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	22,800
		ジフテリア破傷風混合(DT)		11歳～13歳	4,850	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	1,300
	ロタウイルス感染症	ロタリックス	生後6週～24週	14,090	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	9,700	
		ロタテック	生後6週～32週	9,060	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	5,130	
	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)		65歳以上の者、60～64歳のうち特定の有 病者	3,000	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担2,000円	1,521	
	高齢者用肺炎球菌		当該年度65.70.75.80.85.90.95.100歳に なる者	8,000	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担6,000円	4,304	

①医療機関からの請求締切日

接種日の翌月10日

②医療機関への委託料支払日

接種月の翌月の末日まで