

(様式5)

## 島根県定期予防接種広域化事業料金表

市町村名 大田市

問い合わせ先

担当課名	健康増進課
郵便番号	694-0064
所在地	大田市大田町大田口1111番地
電話番号	0854-83-8153
F A X	0854-82-9730

	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	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	2,177	自己負担金なし	3,993	
	ヘモフィルスインフルエンザ菌b型 (ヒブ)	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	4,839	自己負担金なし	3,993	
	小児用肺炎球菌	15価 (バクニューバンス)	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	7,920	自己負担金なし	3,993
		20価 (プレベナー)	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	7,700	自己負担金なし	3,993
	四種混合	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	7,150	自己負担金なし	3,993	
	五種混合	クイントバック	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	15,221	自己負担金なし	3,993
		ゴービック	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	16,049	自己負担金なし	3,993
	BCG	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	7,150	自己負担金なし	3,993	
	麻しん風しん混合 (MR)	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	5,264	自己負担金なし	3,993	
	水痘	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	4,928	自己負担金なし	3,993	
	日本脳炎	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	3,405	自己負担金なし	3,993	
		7歳6か月以上	4,345	ワクチン代 込 ・ 別	3,405	自己負担金なし	3,168	
	ヒトパピローマウイルス様粒子 (HPV)	2価 (サーバリックス)	7歳6か月以上	4,345	ワクチン代 込 ・ 別	12,320	自己負担金なし	3,168
		4価 (ガーダシル)	7歳6か月以上	4,345	ワクチン代 込 ・ 別	13,198	自己負担金なし	3,168
		9価 (シルガード)	7歳6か月以上	4,345	ワクチン代 込 ・ 別	22,550	自己負担金なし	3,168
	ジフテリア破傷風混合 (DT)	7歳6か月以上	4,345	ワクチン代 込 ・ 別	1,430	自己負担金なし	3,168	
	ロタウイルス 感染症	ロタリックス	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	10,263	自己負担金なし	3,993
		ロタテック	7歳6か月未満	6,600	ワクチン代 込 ・ 別	5,643	自己負担金なし	3,993
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)	一般	4,500	ワクチン代 込 ・ 別		1,500	0	
		生活保護世帯	4,500	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	高齢者用肺炎球菌	一般	8,200	ワクチン代 込 ・ 別		3,000	0	
		生活保護世帯	8,200	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	
	新型コロナウイルス感染症	一般	15,300	ワクチン代 込 ・ 別		3,000	0	
		生活保護世帯	15,300	ワクチン代 込 ・ 別		自己負担金なし	0	

①医療機関からの請求締切日

接種月の翌月15日

②医療機関への委託料支払日

請求書の提出のあった翌月末日