

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)		10,800	
ジフテリア破傷風混合 (DT)		4,570	
不活化ポリオ(IPV)		9,600	
麻しん風しん混合(MR)		9,900	
麻しん		6,740	
風しん		6,750	
日本脳炎	7歳未満	7,300	
	7歳以上	6,580	
結核(BCG)		7,000	
Hib		8,200	
小児の肺炎球菌		11,220	
ヒトパピローマウイルス		15,500	
水痘		8,900	
B型肝炎		6,410	
予診のみ		2,800	

特記事項

- ・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。
- ・請求書は翌月10日までに郵送してください。
- ・請求書は平日(月～金曜日、祝日及び12/29～1/3除く)の日付で、また3月分の日付けは平成30年3月30日としてください。
- ・請求書の宛名は「印西市長」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。