

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)	生後3か月から生後90か月未満	11,253円	
ジフテリア破傷風混合(DT)	2期:11歳以上13歳未満	4,827円	
不活化ポリオ(IPV)	生後3か月から生後90か月未満	9,957円	
麻しん風しん混合(MR)	1期:生後12か月から生後24か月未満	10,605円	
	2期:小学校就学前1年間(年長児)	10,605円	
麻しん	1期:生後12か月から生後24か月未満	7,095円	
	2期:小学校就学前1年間(年長児)	7,095円	
風しん	1期:生後12か月から生後24か月未満	7,106円	
	2期:小学校就学前1年間(年長児)	7,106円	
日本脳炎	1期:生後6か月から生後90か月未満	7,581円	
	2期・特例措置:9歳から20歳未満	6,771円	
結核(BCG)	生後12か月未満	7,311円	
Hib	生後2か月から60か月未満	8,542円	
小児の肺炎球菌	生後2か月から60か月未満	12,009円	
ヒトパピローマウイルス	小学6年生から高校1年生相当の女子	16,221円	
水痘	生後12か月から生後36か月未満	8,931円	
B型肝炎	生後12か月未満	6,575円	
予診のみ	生後90か月未満	3,855円	
	生後90か月から20歳未満	3,045円	

特記事項

- ・請求書は翌月10日までに郵送してください。
- ・請求書の宛名は「印西市長」としてください。
- ・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。
- ・請求書は平日(月～金曜日、祝日除く)の日付で、また3月分の日付けは平成31年3月31日としてください。
- ・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。