

## 千葉県内定期予防接種相互乗り入れ料金表

## 市町村名

## 栄町

## 【問い合わせ】

市町村担当課名

福祉・子ども課

郵便番号

〒270-1592

住所

印旛郡栄町安食台1-2

TEL

0476-33-7707

FAX

0476-80-1358

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カ月から90カ月未満	11,156円	
ジフテリア破傷風混合 (DT)	3カ月から90カ月未満	6,048円	
	11歳から13歳未満	5,184円	
不活化ポリオ(IPV)	3カ月から90カ月未満	9,967円	
麻しん風しん混合(M R)	1期・2期	10,584円	
麻しん	1期・2期	7,128円	
風しん	1期・2期	6,480円	
日本脳炎	1期 6カ月から90カ月未満	7,624円	特例措置の場合、接種した時点の年齢による。
	2期 9歳から20歳未満	6,847円	
結核(BCG)	1歳未満	7,236円	
Hib	2カ月から5歳未満	8,640円	
小児の肺炎球菌	2カ月から5歳未満	11,858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	16,200円	
水痘	12カ月から36カ月未満	8,942円	
B型肝炎	H28. 4. 1以降に生まれ た1歳未満	6197円	
予診のみ	90か月未満	3,726円	特記事項※①
	90か月以上	2916円	特記事項※①
特記事項 ※①同時接種で、予診のみとなった場合、請求は1件になります。			