

千葉県内定期予防接種相互乗り入れ料金表

市町村名

酒々井町

【問い合わせ】	
市町村担当課名	酒々井町保健センター
郵便番号	285-8510
住所	印旛郡酒々井町中央台4-10-1
TEL	043-496-0090
FAX	043-496-8453

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か月以上6歳未満	10,800円	
	6歳から90か月	10,020円	
ジフテリア破傷風混合 (D T)	3か月以上6歳未満	5,650円	
	6歳から90か月	4,870円	
	11歳以上13歳未満	4,870円	
不活化ポリオ(IPV)	3か月以上6歳未満	9,700円	
	6歳から90か月	8,920円	
麻しん風しん混合(MR)	12か月以上24か月未満・2 期のうち5歳以上6歳未満	10,000円	
	2期のうち6歳	9,220円	
麻しん	12か月以上24か月未満・2 期のうち5歳以上6歳未満	6,500円	
	2期のうち6歳	5,720円	
風しん	12か月以上24か月未満・2 期のうち5歳以上6歳未満	6,600円	
	2期のうち6歳	5,820円	
日本脳炎	6か月から6歳未満	7,200円	
	6歳以上20歳未満	6,420円	
結核(BCG)	1歳未満	7,200円	
Hib	2か月以上5歳未満	8,200円	
小児の肺炎球菌	2か月以上5歳未満	11,330円	
ヒトパピローマウイルス	小学6年生から高校1年生に 相当する年齢の者	15,200円	
水痘	1歳から3歳未満	8,940円	
B型肝炎	1歳未満	6,200円	
予診のみ		2,800円	
特記事項 同時接種で不適(予診のみ)になった場合は、1名につき1件の請求となります。			