

## 【消費税改定後】平成31（2019）年度 栃木県内定期予防接種の相互乗り入れ料金表（確定）

## 市町名 小山市

## 【問い合わせ】

市町担当課名

小山市保健福祉部健康増進課

郵便番号

323-8686

住 所

小山市中央町1丁目1番1号

T E L

0285-22-9524

F A X

0285-22-9535

| 種 別                                    | 年齢区分                        |                                       | 委託料<br>(消費税含む) | 備考                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ジフテリア、百日せき、<br>急性灰白髄炎、破傷風<br>(DPT-IPV) | 生後3月から生後90月に<br>至るまでの間にある者  |                                       | 11,473 円       |                                                                                                                                                    |
| ジフテリア、百日せき、<br>破傷風 (DPT)               | 生後3月から生後90月に<br>至るまでの間にある者  |                                       | 5,863 円        |                                                                                                                                                    |
| ジフテリア、破傷風<br>(DT)                      | 11歳以上13歳未満の者                |                                       | 4,928 円        |                                                                                                                                                    |
| 麻しん、風しん (MR)                           | 1期                          | 生後12月から生後24月<br>に至るまでの間にある者           | 10,978 円       |                                                                                                                                                    |
|                                        | 2期                          | 平成25年4月2日～<br>平成26年4月1日生まれ            | 10,978 円       |                                                                                                                                                    |
| 麻しん                                    | 1期                          | 生後12月から生後24月<br>に至るまでの間にある者           | 7,403 円        |                                                                                                                                                    |
|                                        | 2期                          | 平成25年4月2日～<br>平成26年4月1日生まれ            | 7,403 円        |                                                                                                                                                    |
| 風しん                                    | 1期                          | 生後12月から生後24月<br>に至るまでの間にある者           | 7,414 円        |                                                                                                                                                    |
|                                        | 2期                          | 平成25年4月2日～<br>平成26年4月1日生まれ            | 7,414 円        |                                                                                                                                                    |
| 日本脳炎                                   | 1期                          | 生後6月から生後90月に<br>至るまでの間にある者            | 7,898 円        | 1期は3歳以上に勧奨しています。<br>2期の接種対象は、9歳以上となります。<br>平成19年4月2日～平成21年10月1日生まれ<br>の方は、1期（全3回）の未接種分がある場<br>合、2期の年齢区分の間（9歳以上13歳未満）<br>に1期の未接種分も定期接種の対象となりま<br>す。 |
|                                        | 2期                          | 9歳以上13歳未満の者                           | 7,073 円        |                                                                                                                                                    |
|                                        | 特例<br>対象                    | 平成7年4月2日～平成19<br>年4月1日生まれて20歳<br>未満の者 | 7,073 円        |                                                                                                                                                    |
| 結核 (BCG)                               | 1歳に至るまでの間にある者               |                                       | 7,623 円        |                                                                                                                                                    |
| 急性灰白髄炎<br>(不活化ポリオ)                     | 生後3月から生後90月に<br>至るまでの間にある者  |                                       | 10,318 円       |                                                                                                                                                    |
| 子宮頸がん                                  | 平成15年4月2日～<br>平成20年4月1日生まれ  |                                       | 16,698 円       |                                                                                                                                                    |
| H i b<br>(インフルエンザ菌b型)                  | 生後2月から生後60月に<br>至るまでの間にある者  |                                       | 8,877 円        |                                                                                                                                                    |
| 小児用肺炎球菌                                | 生後2月から生後60月に<br>至るまでの間にある者  |                                       | 12,243 円       |                                                                                                                                                    |
| 水痘                                     | 生後12月から生後36月に<br>至るまでの間にある者 |                                       | 9,273 円        |                                                                                                                                                    |
| B型肝炎                                   | 1歳に至るまでの間にある者               |                                       | 6,757 円        |                                                                                                                                                    |
| 予診のみ                                   |                             |                                       | 1,300 円        | 注1                                                                                                                                                 |

## 特記事項

注1 二種類以上の同時接種予定で、見合わせになった場合1種類のみ請求、予診票は請求する予診票のみ添付する。