

## 令和2（2020）年度 栃木県内定期予防接種の相互乗り入れ料金表

## 市町名 上三川町

|         |  |
|---------|--|
| 【問い合わせ】 |  |
| 市町担当課名  | 健康福祉課(風しん対策・ｲﾝﾌﾙｲﾝﾌﾞ(高齢者)・高齢者肺炎球菌のみ。)<br>子ども家庭課  |
| 郵便番号    | 329-0696   |
| 住所      | 河内郡上三川町しらさぎ一丁目1番地                                |
| T E L   | 0285-56-9133、9102(健康福祉課)<br>0285-56-9132(子ども家庭課) |
| F A X   | 0285-56-6868                                     |

| 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、急性灰白髄炎、破傷風(DPT-IPV) | 生後3月から生後90月に至るまでの間にある者     | 11,473 円       |   |
| ジフテリア、百日せき、破傷風(DPT)            | 生後3月から生後90月に至るまでの間にある者     | 5,863 円        |   |
| ジフテリア、破傷風(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月に至るまでの間にある者 | 10,978 円       |   |
|                                | 2期 平成26年4月2日～平成27年4月1日生まれ  | 10,978 円       | 対象は、年長児相当の者   |
| 麻しん                            | 1期 生後12月から生後24月に至るまでの間にある者 | 7,403 円        |   |
|                                | 2期 平成26年4月2日～平成27年4月1日生まれ  | 7,403 円        | 対象は、年長児相当の者   |
| 風しん                            | 1期 生後12月から生後24月に至るまでの間にある者 | 7,414 円        |   |
|                                | 2期 平成26年4月2日～平成27年4月1日生まれ  | 7,414 円        | 対象は、年長児相当の者   |
|                                | 5期 昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれ  | 6,589 円        | 風しんの追加的対策(事業期間：平成31年2月1日～令和4年3月31日)<br>※集合契約対象外の単独ワクチンの場合   |
| 日本脳炎                           | 生後6月から生後90月に至るまでの間にある者     | 7,898 円        | 【特例措置】①平成7年4月2日～平成19年4月1日までに生まれた者：第1期及び第2期の未接種分を19歳まで定期接種として接種できます。<br>②平成19年4月2日～平成21年10月1日までに生まれた者：第1期の未接種分を9歳～13歳未満の間、定期接種として接種できます。 |
|                                | 生後90月を超えた者                 | 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(不活化ポリオ)                 | 生後3月から生後90月に至るまでの間にある者     | 10,318 円       |   |
| 子宮頸がん                          | 平成16年4月2日～平成21年4月1日生まれの女子  | 16,698 円       |   |
| H i b(インフルエンザ菌b型)              | 生後2月から生後60月に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        |   |

## 特記事項

- ・ 上表の金額には、消費税・地方消費税が含まれています。
- ・ 請求書及び報告書に押印する印鑑については、代表者印をご使用ください。
- ・ 請求書の振込先等、記入もれのないようお願いいたします。
- ・ 対象年齢(年齢区分)に該当しない場合は、支払い不可となりますのでご注意ください。