

保護者の方へ（県外用）

お子さんの体調に合わせて予防接種を受けてください。接種料金については、下記の金額を上限として公費負担しますので、請求書に必要事項を記入、捺印のうえ、領収書及び予診票を添えて、村上市担当課に請求してください。

（令和6年4月以降）

| | 予防接種名 | 金 額 |
|--------------|-------------------------------|---------|
| 定期 接 種 | ヒブワクチン | 8,747円 |
| | 小児肺炎球菌ワクチン | 11,825円 |
| | B型肝炎(0.25m ⁰ 製剤使用) | 5,434円 |
| | 五種混合 | 19,965円 |
| | 四種混合 | 11,055円 |
| | B C G | 12,815円 |
| | 水 痘 | 10,670円 |
| | 麻しん風しん混合（1期） | 12,375円 |
| | 麻しん風しん混合（2期） | 10,532円 |
| | 日本脳炎（1期） | 7,131円 |
| | 日本脳炎（2期） | 7,040円 |
| | 二種混合（2期） | 4,895円 |
| | 子宮頸がん予防ワクチン （2価・4価） | 16,066円 |
| | 子宮頸がん予防ワクチン(9価) | 26,088円 |
| | ロタウイルス(1価ワクチン) | 14,520円 |
| | ロタウイルス(5価ワクチン) | 8,888円 |

【問い合わせ】

村上市三之町1番1号
 村上市役所 保健医療課 健康支援室
 TEL 0254-75-8934（直通）