

「予防接種依頼書」の交付を受けた方へ

「予防接種依頼書」により、依頼先の自治体で指定の予防接種を受けた際に、費用を負担された場合は、品川区が費用の一部または全額を助成します。



1. 対象となる場合

品川区保健所・保健センター等で発行した「予防接種依頼書」を使い、依頼先の自治体で定期予防接種を受けた際に、接種費用を負担された場合。

2. 助成金額

助成金額は、下記 (A) (B)のうち、少ない方の金額です。

(A) 実際に支払った額

(B) 品川区が委託医療機関と契約している額（金額は裏面をご覧ください）

3. 申請方法

下記の窓口に必要な書類をご持参ください。

申請は「予防接種依頼書」を発行した所で受け付けます。

4. 必要書類

(1) 品川区定期予防接種助成申請書

(2) 医療機関発行の領収書。複数のワクチン代が合算されている場合は、明細書も必要

(3) 予防接種の記録がある母子健康手帳、または予防接種の実施記載のある「予防接種

予診票」

(4) 印鑑（スタンプ式印は不可）



【申請場所・問い合わせ先】

品川区保健所 TEL 5742-9152

品川保健センター TEL 3474-2225

大井保健センター TEL 3772-2666

荏原保健センター TEL 3788-7014

品川区が委託医療機関と契約している額(平成30年度)

(円)		
四種混合	クアトロバック (化血研)	12,658
	テトラビック (ビケン)	12,766
	スクエアキッズ (北里)	12,658
DPT	1期	7,268
Hib		10,109
小児用肺炎球菌		13,414
B型肝炎	ビームケン0.25ml	7,778
	ビームケン0.5ml ヘプタバックス-Ⅱ	8,019
BCG		9,007
水痘		10,498
DT	1期	6,718
	2期	4,504
日本脳炎 ※	1期	9,148
	2期	6,934
MR	1期	13,306
	2期	11,902
麻しん 単抗原	1期	9,860
	2期	8,456
風しん 単抗原	1期	8,683
	2期	7,279
ヒトパピローマウイルス感 染症(子宮頸がん)		17,161
不活化ポリオ		11,524

(円)		
高齢者 インフ エンザ	負担あり	2,694
	負担なし	5,194

(円)		
高齢者 肺炎球 菌	負担あり	4,196
	負担なし	8,196

※接種金額が上記金額に満たない場合は、その接種金額を助成します。

※日本脳炎の1期でも、7歳6カ月を超えた場合は「2期」の契約金額になるため、上限額は6,934円です。