

お子さんの「予防接種依頼書」の交付を受けた方へ

「予防接種依頼書」とは、品川区外の医療機関で予防接種を受ける際、その実施責任が品川区にあることを明確にする書類です。

「予防接種依頼書」が同封されている場合、予防接種を実施してもらう医療機関の方へ保護者からご提出ください。

ワクチンの接種には決められた接種間隔が必要です。接種日について医療機関とご相談いただく等、依頼期間内に全てのワクチンの接種ができるようご計画ください。



1. 助成対象となる場合

品川区で発行した「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。（原則、郵送では受け付けできません）

4. 必要書類

- (1) 品川区定期予防接種助成申請書（消えるインクを使用したボールペンでの記入は不可）
- (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
- (4) 印鑑（スタンプ式印は不可）

5. 申請期限 接種を受けた日から1年以内



【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(令和2年度接種分)

(円)

四種混合	クアトロバック (化血研)	12,958
	テトラビック (ビケン)	13,068
	スクエアキッズ (北里)	12,958
DPT	1期	7,469
Hib		10,362
小児用肺炎球菌		13,728
B型肝炎	ビームゲン0.25ml	7,986
	ビームゲン0.5ml ヘパタックスハイアル	8,231
	ヘパタックスシリンジ	8,023
BCG		9,240
水痘		10,758
DT	1期	6,952
	2期	4,697
日本脳炎 ※	1期	9,383
	2期	7,128
MR	1期	13,629
	2期	12,199
麻しん 単抗原	1期	10,120
	2期	8,690
風しん 単抗原	1期	8,910
	2期	7,480
ヒトパピローマウイルス感 染症(子宮頸がん)		17,556
不活化ポリオ		11,803

(円)

高齢者 インフル エンザ	負担あり	2,853
	負担なし	5,353

(円)

高齢者 肺炎球 菌	負担あり	4,409
	負担なし	8,409

※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7,128円です。