

※ 協力医名簿は、県医師会ホームページ(<https://www.saitama.med.or.jp>)に掲載しております。【ユーザー名:saitamaken パスワード:noriire11】

## 令和5年度住所地外定期予防接種(インフルエンザを除く) 相互乗り入れ料金掲載ページ一覧

○=参加 ×=不参加

予防接種料金 掲載ページ	市町村名	二次保健 医療圏名	参加状況
1	さいたま市	さいたま	○
2	川越市	川越比企	○
3	戸田市	南部	○
4	蕨市	南部	○
5	川口市	南部	○
6	朝霞市	南西部	○
7	志木市	南西部	○
8	和光市	南西部	○
9	新座市	南西部	○
10	上尾市	県央	○
11	伊奈町	県央	○
12	鴻巣市	県央	○
13	桶川市	県央	○
14	北本市	県央	○
15	草加市	東部	○
16	八潮市	東部	○
17	所沢市	西部	○
18	富士見市	南西部	○
19	ふじみ野市	南西部	○
20	三芳町	南西部	○
21	坂戸市	川越比企	○
22	鶴ヶ島市	川越比企	○
23	毛呂山町	川越比企	○
24	越生町	川越比企	○
25	鳩山町	川越比企	○
26	狭山市	西部	○
27	入間市	西部	○
28	飯能市	西部	○
29	日高市	西部	○
30	東松山市	川越比企	○
31	滑川町	川越比企	○
32	嵐山町	川越比企	○
33	小川町	川越比企	○
34	ときがわ町	川越比企	○
35	川島町	川越比企	○
36	吉見町	川越比企	○
37	東秩父村	川越比企	○
38	秩父市	秩父	○
39	横瀬町	秩父	○

予防接種料金 掲載ページ	市町村名	二次保健 医療圏名	参加状況
40	皆野町	秩父	○
41	長瀬町	秩父	○
42	小鹿野町	秩父	○
43	本庄市	北部	○
44	美里町	北部	○
45	神川町	北部	○
46	上里町	北部	○
47	熊谷市	北部	○
48	寄居町	北部	○
49	深谷市	北部	○
50	行田市	利根	○
51	羽生市	利根	○
52	加須市	利根	○
53	春日部市	東部	○
54	蓮田市	利根	○
55	越谷市	東部	○
56	久喜市	利根	○
57	幸手市	利根	○
58	宮代町	利根	○
59	白岡市	利根	○
60	杉戸町	利根	○
61	三郷市	東部	○
62	吉川市	東部	○
63	松伏町	東部	○
合 計			63市町村

64~65ページ 乗り入れ実施方法、予防接種委託契約関係図

66~68ページ 相互乗り入れ実施要綱

69~71ページ 相互乗り入れ委託契約書

72~79ページ 相互乗り入れQ&A

80~85ページ 各種様式 … 委任状、委任状変更届、委任状取り下げ申出書  
委託料請求書、予防接種済証

★各種様式については、本誌をコピーいただくか、  
埼玉県医師会HP(<https://www.saitama.med.or.jp>)から  
ダウンロードしてご使用ください。

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

さいたま市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		8, 950円	0歳 2か月～ 5歳 0か月未満		
小児用肺炎球菌		12, 320円	0歳 2か月～ 5歳 0か月未満		
B型肝炎		6, 610円	0歳 0か月～ 1歳 0か月未満		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	15, 070円 10, 040円	出生6週 0日後～24週 0日後未満 *1 出生6週 0日後～32週 0日後未満 *1		
ポリオ単独 (IPV)		10, 390円	0歳 2か月～ 7歳 6か月未満		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 660円 10, 830円	0歳 2か月～ 6歳 0か月未満 6歳 0か月～ 7歳 6か月未満		
BCG		9, 900円	0歳 0か月～ 1歳 0か月未満		
水痘		9, 350円	1歳 0か月～ 3歳 0か月未満		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 110円 10, 280円	1歳 0か月～ 2歳 0か月未満 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満 *2		
麻しん単抗原	第1期 第2期	7, 510円 6, 680円	1歳 0か月～ 2歳 0か月未満 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満 *2		
風しん単抗原	第1期 第2期	7, 510円 6, 680円	1歳 0か月～ 2歳 0か月未満 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満 *2		
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	7, 970円 7, 150円 7, 150円	0歳 6か月～ 6歳 0か月未満 6歳 0か月～ 20歳 0か月未満 *3 9歳 0か月～ 20歳 0か月未満 *3		
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	11, 550円 10, 720円 5, 000円	0歳 3か月～ 7歳 6か月未満 0歳 3か月～ 7歳 6か月未満 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満		
ヒトペニロマウイルス(HPV)	2価・4価 9価	16, 770円 27, 770円	平成9年4月2日～平成24年4月1日生の女子 *4		

\* 1 但し、初回接種は出生14週6日後までに行うこと。また、2回目の接種は1回目の接種と同一製剤を使用すること。

\* 2 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\* 3 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\* 4 キャッチャップ接種対象者を含む。

予診のみ 委託料（税込み）2, 800円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  3, 710円 (自己負担金 4, 600円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者  8, 310円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ 委託料（税込み）2, 800円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：さいたま市保健所 疾病対策課

住所：〒338-0013 さいたま市中央区鈴谷7-5-12

電話：048-840-2211

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 川越市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	7, 640円	0歳	2か月～	5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	10, 910円	0歳	2か月～	5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	6, 620円	0歳	0か月～	1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	15, 400円 10, 340円	生後6週0日～ 生後6週0日～	生後24週0日まで 生後32週0日まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10, 290円 10, 290円	0歳 0歳	2か月～ 7歳 6か月に至るまで 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 510円 11, 510円	0歳 0歳	2か月～ 7歳 6か月に至るまで 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		11, 270円	0歳	0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		9, 170円	1歳	0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 510円 11, 510円	1歳 5歳	0か月～ 2歳 0か月に至るまで 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	7, 840円 7, 840円	1歳 5歳	0か月～ 2歳 0か月に至るまで 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	7, 840円 7, 840円	1歳 5歳	0か月～ 2歳 0か月に至るまで 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期 (初回・追加) 第2期	9, 480円 8, 760円 8, 760円	0歳 7歳 9歳 9歳	6か月～ 7歳 6か月に至るまで 6か月～ 20歳 0か月に至るまで** 0か月～ 13歳 0か月未満 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7, 840円 7, 840円 7, 230円	0歳 0歳 11歳	3か月～ 7歳 6か月に至るまで 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	17, 820円 28, 820円		小学6年生～高校1年生相当の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチャップ接種対象者(H9.4.2～H19.4.1生まれの女子)を含む。

予診のみ	委託料（税込み）	
	6歳未満	2, 550円
	6歳以上	1, 830円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 3, 350円 (自己負担金 5, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	② 生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 8, 350円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

※高齢者用肺炎球菌では、生活保護受給者は受給者証の

予診のみ

委託料（税込み）1, 830円

写し、中国残留邦人等支援受給者は本人確認証の写しをそれぞれ請求時に添付してください。また、対象年齢(2)の該当者については、身体障害者手帳の写し、あるいは医師の診断書を添付してください。

**【請求書作成時の注意点】**

- ・代表者印については代表者様の個人印もしくは院長印・理事長印のいずれかでお願いいたします。
- ・訂正については二重線の上、訂正印をお願いいたします。(訂正印は押印戴く代表者様印と同様のものを使用)  
但し、金額・件数部分については訂正印不可の箇所となります。その場合は再発行をお願いいたします。

問い合わせ先：川越市保健所 健康管理課 予防接種担当  
住所：〒350-1104 川越市大字小ヶ谷817-1 電話：049-229-4123

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

戸田市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ		10,384円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,750円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		8,459円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,258円 11,231円	出生6週0日後～24週0日後までの間にある者 出生6週0日後～32週0日後までの間にある者
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,825円 11,825円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円 12,980円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		11,330円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		10,780円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11,990円 10,560円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,910円 7,480円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,921円 7,491円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	(7歳6ヶ月未満) 8,030円 (7歳6ヶ月以上) 7,205円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,574円 7,574円 5,319円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	16,775円 28,105円	11歳～25歳相当の女子*** 11歳～25歳相当の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチャップ接種対象者を含む

予診のみ

委託料（税込み）3,168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者  5,785円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者  8,785円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の 機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障 害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日 常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ

委託料（税込み）3,168円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：戸田市福祉保健センター 保健政策・感染症対策担当

住所：〒335-0022 戸田市大字上戸田5番地の6

電話：048-446-6479

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

蕨市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	10,384円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌	13,750円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎	8,459円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,258円 11,231円	6週 0日～24週 6週 0日～32週	0日に至るまで 0日に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,825円 11,825円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円 12,980円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
BCG		11,330円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで	
水痘		10,780円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11,990円 10,560円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,910円 7,480円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期	8,921円 7,491円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	(7歳6か月未満) 8,030円 (7歳6か月以上) 7,205円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**	
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,574円 7,574円 5,319円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満	
HPV	2価・4価 9価	16,775円 28,105円	12歳～26歳相当の女子*** (平成9年4月2日～平成23年4月1日生)	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キヤツチアップ接種対象者を含む。

予診のみ

委託料（税込み）3,168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  3,785円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者
	②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者  8,785円 (自己負担金 0円)	

予診のみ

委託料（税込み）3,168円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

※高齢者肺炎球菌の請求の際、「令和5年度高齢者肺炎球菌

受診券」（対象者に交付）を添付。

下記の対象者は、次の書類も添付。

- ・対象者（2）：身体障害者手帳の写し、または医師の診断書
- ・生活保護受給者：生活保護受給証の写し

問い合わせ先：蕨市保健センター

住所：〒335-0001

蕨市北町2-12-15

電話：048-431-5590

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

川口市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		10,384円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌		13,750円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎		8,267円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,335円 11,308円	6週～ 24週に至るまで 6週～ 24週に至るまで		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10,395円 10,395円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	13,090円 13,090円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
BCG		11,330円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘		10,780円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,485円 11,055円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,910円 7,480円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
風しん単抗原	第1期 第2期	8,921円 7,491円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	7,975円 7,975円 7,150円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで** 0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満**		
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,260円 7,260円 5,005円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満		
HPV	2価・4価 9価	17,318円 29,700円	小学6年生～高校1年生相当の女子*** 小学6年生～高校1年生相当の女子***		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める20歳未満の特例対象者で4回の接種が終わっていない者を含む。

\*\*\* 但し、キャッチアップ接種対象者を含む。

予診のみ

委託料（税込み）3,168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 3,783円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 8,783円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ

委託料（税込み）3,168円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

※高齢者用肺炎球菌の請求の際、下記の対象者については、予診票の裏面に次の書類を添付すること。

- ・ 対象年齢（2）：身体障害者手帳1級の写し  
または、医師の診断書
- ・ 生活保護受給者：生活保護受給証の写し  
または、生活保護受給証明書
- ・ 中国残留邦人等支援受給者：本人確認証

問い合わせ先：川口市保健所 健康増進課

住所：〒332-0026 川口市南町1-9-20

電話：048-256-1135

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

朝霞市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	10,384円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌	13,750円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎	8,267円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,552円 11,035円	出生6週0日後～ 出生6週0日後～	出生24週0日後まで 出生32週0日後まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,825円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
BCG		11,330円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで	
水痘		10,780円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,485円 11,055円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,910円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期	8,921円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	(7歳6か月未満) 7,975円 (9歳以上) 7,150円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**	
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,260円 5,005円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満	
HPV	2価・4価 9価	16,775円 29,700円	小学校6年生～ 高校1年生相当の女子 平成9年4月2日～平成19年4月1日生の女子	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ 委託料（税込み）3,300円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  5,783円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者  8,783円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ 委託料（税込み）3,168円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：朝霞市保健センター

住所：〒351-0011 朝霞市本町1-7-3

電話：048-465-8611

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 志木市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	10,384円	0歳	2か月～5歳	0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	13,750円	0歳	2か月～5歳	0か月に至るまで
B型肝炎	8,267円	生後1歳に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,552円 11,035円	出生6週 出生6週	0日後～24週 0日後～32週
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,825円 11,825円	0歳 0歳	2か月～7歳 2か月～7歳
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円 12,980円	0歳 0歳	2か月～7歳 2か月～7歳
BCG		11,330円	生後1歳に至るまで	
水痘		10,780円	1歳	0か月～3歳
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,485円 11,055円	1歳 5歳	0か月～2歳 0か月～7歳
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,910円 8,910円	1歳 5歳	0か月～2歳 0か月～7歳
風しん単抗原	第1期 第2期	8,921円 8,921円	1歳 5歳	0か月～2歳 0か月～7歳
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	(7歳6か月未満) 7,975円 (9歳以上) 7,150円	0歳 9歳 13歳	6か月～7歳 0か月～13歳 0か月～20歳
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,260円 7,260円 5,005円	0歳 0歳 11歳	3か月～7歳 3か月～7歳 0か月～13歳
HPV	2価・4価 9価	16,775円 29,700円	6か月に至るまで 0か月未満	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キヤッチャップ対象者を含む

予診のみ

委託料（税込み）3,300円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5,783円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 8,783円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ

委託料（税込み）3,168円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

※高齢者肺炎球菌請求の際は、予診票、本人が持参した個別通知（水色）と併せ、以下の書類を添付してください。

- ・対象年齢（1）（2）の者のうち生活保護受給者…生活保護受給者証の写し
- ・対象年齢（2）に該当する者…身体障害者手帳の写し（級数と罹疾患名が確認できるページ）

※請求の際は、振込先の銀行名・支店名・口座番号等の確認ができるもの（通帳、キャッシュカード等の）写しを必ず添付してください。

問い合わせ先：志木市健康増進センター

住所：〒353-0005 志木市幸町3-4-70

電話：048-473-3811

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

和光市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		10,384円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌		13,750円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎		8,267円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,552円 11,035円	出生6週0日後～出生24週0日後まで 出生6週0日後～出生32週0日後まで		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,825円 11,825円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円 12,980円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
BCG		11,330円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘		10,780円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,485円 11,055円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,910円 8,910円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
風しん単抗原	第1期 第2期	8,921円 8,921円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	7歳6か月に至るまで 7,975円 (9歳以上) 7,150円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**		
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,260円 7,260円 5,005円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満		
HPV	2価・4価 9価	16,775円 29,700円	小学6年生～26歳相当の女子***		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* 平成9年4月2日生まれ以降の女子に限る。

予診のみ

委託料（税込み）3,300円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  5,783円 (自己負担金 3,000円)  ②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 (予診票に受給者証の写しを添付すること)  8,783円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ

委託料（税込み）3,168円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：和光市保健センター

住所：〒351-0106 和光市広沢1-5-51

電話：048-465-0311

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 新座市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	10,384円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌	13,750円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎	8,267円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,552円 11,035円	生後6週～ 生後6週～	生後24週 に至るまで 生後32週 に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,825円 11,825円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円 12,980円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで
BCG		11,330円	0歳 0か月～	1歳 0か月に至るまで
水痘		10,780円	1歳 0か月～	3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,485円 11,055円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,910円 8,910円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,921円 8,921円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	(7歳6か月に至るまで) 7,975円 (9歳以上～) 7,150円	0歳 6か月～ 9歳 0か月～ 13歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 13歳 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,260円 7,260円 5,005円	0歳 3か月～ 0歳 3か月～ 11歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで 13歳 13歳 0か月未満
HPV	サーバリックス(2価) ガーダシル(4価) シルガード(9価)	16,775円 29,700円	小学6年～ 平成9年度生まれの女子 (キャッチアップ接種対象者を含む)	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	委託料（税込み）3,300円
------	----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5,783円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護 中国残留邦人等支援受給者 8,783円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）3,168円
------	----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

※高齢者肺炎球菌の請求の際は、予診票と併せ、以下の書類を添付してください。

- ・請求には、本人が持参した個別通知（A4緑色）又はハガキ（緑色）を予診票に添付の上、提出してください。
- ・対象年齢（1）（2）の者のうち生活保護受給者・・生活保護受給証の写し
- ・対象年齢（2）に該当する者・・障害者手帳の写し

問い合わせ先：新座市保健センター 住所：〒352-0011 新座市野火止2-9-37 電話：048-481-2211
--

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 上尾市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢			
ヒブ		9,702円	0歳	2か月～	5歳	0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,068円	0歳	2か月～	5歳	0か月に至るまで
B型肝炎		7,777円	0歳	0か月～	1歳	0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価)	15,598円	出生6週0日後～	出生24週0日後まで*		
	ロタテック(5価)	10,571円	出生6週0日後～	出生32週0日後まで**		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	11,143円	0歳	2か月～	7歳	6か月に至るまで
	第1期追加	11,143円	0歳	2か月～	7歳	6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	12,408円	0歳	2か月～	7歳	6か月に至るまで
	第1期追加	12,408円	0歳	2か月～	7歳	6か月に至るまで
BCG		10,648円	0歳	0か月～	1歳	0か月に至るまで
水痘		10,098円	1歳	0か月～	3歳	0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,858円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	11,858円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満***
麻しん単抗原	第1期	8,261円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	8,261円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満***
風しん単抗原	第1期	8,261円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	8,261円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満***
日本脳炎	第1期初回	8,503円	0歳	6か月～	7歳	6か月に至るまで
	第1期追加	8,503円	7歳	6か月～20歳	0か月に至るまで****	
	第2期	8,503円	9歳	0か月～13歳	0か月未満	
二種混合 (DT)	第1期初回	5,588円	13歳	0か月～20歳	0か月未満****	
	第1期追加	5,588円	0歳	3か月～	7歳	6か月に至るまで
	第2期	5,588円	0歳	3か月～	7歳	6か月に至るまで
HPV	2価・4価	17,303円	小学校6年生～高校1年生相当の女子*****			
	9価	30,503円				

\*ただし、1回目の接種は出生20週0日（原則、出生14週6日）に至るまでに終えなければならない。

\*\*ただし、1回目の接種は出生24週0日（原則、出生14週6日）に至るまでに終えなければならない。

\*\*\*ただし、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\*\*\*ただし、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\*\*\*キャッチアップ接種対象者を含む。

予診のみ

委託料（税込み）4,103円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 3,795円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 (予診票に受給者証（中国残留邦人等支援受給者の場合は本人確認証）の写しを添付すること) 8,795円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者（予診票に身体障害者手帳の級数と障害名が記載されたページの写しを添付すること）

予診のみ

委託料（税込み）3,278円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：上尾市健康増進課管理担当

住所：〒362-0015 上尾市緑丘2-1-27（上尾市東保健センター内）

電話：048-774-1414

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 伊奈町

接種ワクチンの種類	委託料（税込）	対象年齢		
ヒブ	10,490円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌	13,860円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎	8,310円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	15,640円 11,080円	生後6週～ 生後6週～	生後24週に至るまで 生後32週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,930円 11,930円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	13,090円 13,090円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで
BCG		11,440円	0歳 3か月～	1歳 0か月に至るまで
水痘		10,890円	1歳 0か月～	3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11,910円 11,910円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	9,050円 9,050円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	9,050円 9,050円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	7歳6か月に至るまで 9,460円 9歳以上 8,190円	0歳 6か月～ 9歳 0か月～ 13歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 13歳 0か月～20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,370円 7,370円 6,100円	0歳 3か月～ 0歳 3か月～ 11歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで 13歳 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	17,870円 29,310円	小学校6年生～ 高校1年生相当の女子 キャッチアップ 平成9年度生まれ～平成18年度生まれの女子	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ（6歳未満）	委託料（税込）3,993円
予診のみ（6歳以上）	委託料（税込）3,168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5,809円 (自己負担金 2,500円) ②生活保護受給者 8,309円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込）3,168円
------	---------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：伊奈町保健センター

住所：〒362-0809 北足立郡伊奈町中央五丁目179番地

電話：048-720-5000

# 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

鴻巣市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	10,461円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	13,827円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	8,368円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,577円 11,550円 生後6週0日～生後24週0日に至るまで 生後6週0日～生後32週0日に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,902円 11,902円 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	13,057円 13,057円 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	11,407円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	10,857円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,617円 12,617円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	9,020円 9,020円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	9,020円 9,020円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	7歳6か月に至るまで 9,482円 9歳以上 7,843円 0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 13歳 0か月～ 20歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 歳 か月～ 歳 か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	5,698円 5,698円 5,698円 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	17,468円 30,393円 小学6年生～高校1年生相当の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\*キャッチャップ接種対象者(H9.4.2～H18.4.1生まれの女子)を含む。

予診のみ（6歳未満）	委託料（税込み）3,993円
予診のみ（6歳以上）	委託料（税込み）3,168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5,927円 (自己負担金 2,500円) ②生活保護受給者 8,427円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）3,168円
------	----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

※上記②の対象者は生活保護受給者証の写し、(2)の対象者は身体障害者手帳の写しを予診票に添付のこと

問い合わせ先：鴻巣市健康づくり課（鴻巣保健センター）

住所：〒365-0032 鴻巣市中央2-1

電話：048-543-1561

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

桶川市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		9, 954円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌		13, 320円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎		7, 545円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	15, 740円 10, 889円	6週 0日～24週 0日に至るまで 6週 0日～32週 0日に至るまで		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 395円 11, 395円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 440円 12, 440円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
BCG		10, 878円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘		10, 108円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 296円 11, 296円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
麻しん単抗原	第1期 第2期	9, 096円 9, 096円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
風しん単抗原	第1期 第2期	9, 118円 9, 118円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	(7歳6か月に至るまで) 8, 788円 (9歳以上) 7, 638円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～13歳 0か月に至るまで**		
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7, 116円 7, 116円 5, 680円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～13歳 0か月未満		
HPV	2価・4価 9価	17, 450円 29, 330円	小学6年生～高校1年生相当の女子***		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* 但し、キャッチアップ対象者を含む

予診のみ	6歳未満	委託料（税込み）3, 993円
	6歳以上	委託料（税込み）3, 168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 5, 809円 (自己負担金 2, 500円) ② 生活保護受給者 8, 309円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）3, 168円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

※上記②の対象者は、生活保護受給者証の写し、(2)の60歳以上 65歳未満の対象者については、身体障害者1級の写しを請求書に添付すること。

問い合わせ先：桶川市健康増進課

(桶川市保健センター)

住所：〒363-0024 桶川市鴨川1-4-1

電話：048-786-1855

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 北本市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢	
ヒブ	9, 954円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで	
小児用肺炎球菌	13, 320円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで	
B型肝炎	7, 534円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで	
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	生後6週0日～生後24週0日に至るまで 生後6週0日～生後36週0日に至るまで	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 395円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 349円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	10, 900円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで	
水痘	10, 130円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 340円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 513円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 513円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	7歳6か月に至るまで 8, 810円 9歳以上 7, 660円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 20歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	6, 830円 6, 830円 5, 680円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	17, 450円 9価 28, 450円	小学6年生～高校1年生相当、もしくは 平成9年4月2日～平成19年4月1に生まれの女子

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ(6歳未満)	委託料(税込) 3, 993円	予診のみ(6歳以上)	委託料(税込) 3, 168円
------------	-----------------	------------	-----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	<p>① 一般対象者</p> <p>5, 809円 (自己負担金 2, 500円)</p> <p>②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者</p> <p>8, 309円 (自己負担金 0円)</p>	<p>(1) 以下の者</p> <p>昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生</p> <p>(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者</p>

予診のみ

委託料（税込み） 3, 168円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：北本市健康推進部健康づくり課

住所：〒364-8633 北本市本町1-111

電話：048-594-5544(直通)

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

草加市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		10,340円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌		13,640円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎		8,140円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,720円 12,067円	生後6週 0日後～24週 0日後に至るまで 生後6週 0日後～32週 0日後に至るまで		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,770円 11,770円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,925円 12,925円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
BCG		11,330円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘		10,780円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,485円 11,055円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,826円 7,396円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
風しん単抗原	第1期 第2期	8,853円 7,423円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期 特例	7,975円 7,975円 7,150円 7,150円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで** 9歳 0か月～13歳 0か月未満 16歳 0か月～20歳 0か月未満**		
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,260円 7,260円 5,005円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～13歳 0か月未満		
HPV	2価・4価 9価	16,610円 29,700円	12歳～26歳相当の女子 12歳～26歳相当の女子		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ 委託料（税込み）3,168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  5,310円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②令和5年度に75歳以上の者、生活保護・中国残留邦人等支援受給者  8,310円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ 委託料（税込み）3,168円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：草加市保健センター

住所：〒340-0016 草加市中央一丁目5番22号

電話：048-922-0200

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 八潮市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢	
ヒブ		10,340円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで	
小児用肺炎球菌		13,640円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで	
B型肝炎		8,360円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで	
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,500円 11,473円	出生 6週0日後～ 出生 24週0日後まで 出生 6週0日後～ 出生 32週0日後まで	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,770円 11,770円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,925円 12,925円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
BCG		11,330円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで	
水痘		10,670円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,320円 10,890円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,580円 7,150円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期	8,635円 7,205円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第1期特例 第2期 第2期特例	7,920円 7,920円 7,095円 7,095円 7,095円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 20歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 9歳 0か月～ 20歳 0か月未満**	
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,260円 7,260円 5,005円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満	
HPV	2価・4価 9価	16,610円 29,700円	小学校6年生～ 高校1年生相当の女子***	

\*但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\*但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\*但し、キャッチャップ対象者も含む。

予診のみ	委託料（税込み）3,168円
------	----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 5,310円 (自己負担金 3,000円) ② 生活保護受給者 8,310円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）3,168円
------	----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：八潮市立保健センター

住所：〒340-0815 八潮市八潮8-10-1 電話：048-995-3381

※令和6年1月4日に保健センターは市役所新庁舎に移転します。

移転後住所 〒340-8588 八潮市中央1-2-1

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 所沢市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）		対象年齢
	6歳未満	6歳以上	
ヒブ	9, 592円	8, 767円	0歳2か月～ 5歳0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	12, 727円	一円	0歳2か月～ 5歳0か月に至るまで
B型肝炎	8, 602円	一円	0歳0か月～ 1歳0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス (1価)	16, 027円	0歳6週～ 0歳24週に至るまで
	ロタテック (5価)	10, 681円	0歳6週～ 0歳32週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10, 802円	0歳2か月～ 7歳6か月に至るまで 0歳2か月～ 7歳6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	13, 387円	0歳2か月～ 7歳6か月に至るまで 0歳2か月～ 7歳6か月に至るまで
BCG		11, 572円	0歳0か月～ 1歳0か月に至るまで
水痘		11, 022円	1歳0か月～ 3歳0か月未満
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12, 727円	1歳0か月～ 2歳0か月に至るまで 5歳0か月～ 7歳0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	9, 152円	1歳0か月～ 2歳0か月に至るまで 5歳0か月～ 7歳0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	9, 163円	1歳0か月～ 2歳0か月に至るまで 5歳0か月～ 7歳0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	9, 647円	0歳6か月～ 7歳6か月に至るまで 7歳6か月～ 9歳0か月に至るまで** 9歳0か月～ 13歳0か月未満 13歳0か月～ 20歳0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7, 188円	0歳3か月～ 7歳6か月に至るまで 0歳3か月～ 7歳6か月に至るまで 11歳0か月～ 13歳0か月未満
HPV	2価・4価	一円	17, 017円
	9価	一円	29, 942円
			小学6年生～高校1年生相当の女子***

\*但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\*但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\*キャッチャップ接種対象者を含む

予診のみ	6歳未満	委託料（税込み） 4, 180円
	6歳以上	委託料（税込み） 2, 880円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 3, 249円 (自己負担金 5, 460円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 8, 709円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

予診のみ	委託料（税込み） 2, 880円
------	------------------

問い合わせ先：所沢市保健センター健康管理課

住所：〒359-0025 所沢市大字上安松1224番地の1

電話：04-2991-1811

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 富士見市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		9, 429円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌		11, 964円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎		6, 956円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	14, 685円 9, 658円	生後6週0日後～生後24週0日後に至るまで 生後6週0日後～生後32週0日後に至るまで		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10, 267円 10, 267円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 152円 12, 152円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
BCG		10, 580円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘		9, 290円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 524円 10, 476円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 580円 8, 580円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 580円 8, 580円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第1期特例 第2期 第2期特例	8, 905円 8, 905円 8, 067円 8, 067円 8, 067円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 20歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 9歳 0か月～ 20歳 0か月未満**		
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	6, 694円 6, 694円 6, 694円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満		
HPV	2価・4価 9価	17, 286円 30, 000円	小学6年生～高校1年生相当の女子***		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチャップ接種対象者を含む

予診のみ

委託料（税込み）3, 562円

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者	5, 846円 (自己負担金 3, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護受給者	8, 846円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ

委託料（税込み）2, 750円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：富士見市健康増進センター  
 住所：〒354-0021 富士見市大字鶴馬3351-2  
 電話：049-252-3771

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## ふじみ野市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ		9, 429円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		11, 964円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		6, 956円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	14, 685円 9, 658円	生後6週0日後～生後24週0日後まで 生後6週0日後～生後32週0日後まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10, 267円 10, 267円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 152円 12, 152円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		10, 580円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		9, 290円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 524円 10, 476円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 580円 8, 580円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 580円 8, 580円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 905円 8, 905円 8, 067円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 16歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	6, 694円 6, 694円 6, 694円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	17, 286円 30, 000円	11歳(平成23年度生まれ)～26歳(平成9年度生まれ)相当の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチャップ接種対象者を含む

予診のみ	委託料（税込み）3, 562円
------	-----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者  5, 846円 (自己負担金 3, 000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	② 生活保護・中国残留邦人等 支援受給者  8, 846円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）2, 750円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：ふじみ野市保健センター

住所：〒356-0011 ふじみ野市福岡1-2-5

電話：049-264-8292

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 三芳町

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		9, 429円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌		11, 964円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎		6, 956円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	14, 685円 9, 658円	生後6週0日後～ 生後6週0日後～	生後24週0日後まで 生後32週0日後まで	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10, 267円 10, 267円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 152円 12, 152円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
BCG		10, 580円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘		9, 290円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 524円 10, 476円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 580円 8, 580円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 580円 8, 580円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期 第1期(特例) 第2期(特例)	8, 905円 8, 905円 8, 067円 8, 067円 8, 067円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 16歳 0か月～ 20歳 0か月に至るまで** 16歳 0か月～ 20歳 0か月未満**		
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	6, 694円 6, 694円 6, 694円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満		
HPV	2価・4価 9価	17, 286円 30, 000円	小学6年生～高校1年生相当の女子 平成9年4月2日～平成19年4月1日生まれの女子		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ

委託料（税込み）3, 562円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5, 846円 (自己負担金 3, 000円) ②生活保護受給者 8, 846円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ

委託料（税込み）2, 750円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする

問い合わせ先：三芳町役場 健康増進課

住所：〒354-8555 入間郡三芳町藤久保1100番地1

電話：049-258-0019

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

坂戸市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ		8,400円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		10,900円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		6,600円	出生直後～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	14,650円 9,630円	出生6週0日後～ 24週0日後に至るまで 出生6週0日後～ 32週0日後に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10,300円 10,300円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	11,500円 11,500円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		9,900円	出生直後～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		9,200円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11,500円 11,500円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	7,800円 7,800円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	7,800円 7,800円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	(7歳6か月に至るまで) 8,400円 (9歳以上) 7,600円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 20歳 0か月未満** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	6,800円 6,800円 5,300円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	18,800円 29,600円	平成9年4月2日生まれ～平成24年4月1日生まれの女子

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ（7歳6か月に至るまで）	委託料（税込み）3,600円
予診のみ（乳幼児以外）	委託料（税込み）2,800円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5,100円 (自己負担金 3,000円) ②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者 8,100円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）2,800円
------	----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：坂戸市立市民健康センター  
 住所：〒350-0212 坂戸市大字石井2327-3  
 電話：049-284-1621

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 鶴ヶ島市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	8,400円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	10,900円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	6,600円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	14,650円 9,630円 出生6週0日後～出生24週0日後まで 出生6週0日後～出生32週0日後まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10,300円 10,300円 歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	11,500円 11,500円 歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	9,900円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	9,200円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11,500円 11,500円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	7,800円 7,800円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	7,800円 7,800円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	(7歳6か月に至るまで) 8,400円 (9歳以上) 7,600円 0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 20歳 0か月未満** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 平成7年4月2日から平成19年4月1日の間に生まれた20歳未満の人
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	6,800円 6,800円 5,300円 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	18,800円 29,600円 小学校6年生～高校1年生相当の女子 平成9年4月2日～平成19年4月1日生まれの女子

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	委託料（税込み）3,600円(乳幼児)	委託料（税込み）2,800円(児童・生徒)
------	---------------------	-----------------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 5,100円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者 8,100円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

予診のみ	委託料（税込み）2,800円
------	----------------

※高齢者用肺炎球菌の②の該当で請求する場合は、予診票に次の書類を添付してください。

- ・非課税対象者：事前に市が発行している個人負担金免除決定通知書
- ・生活保護受給者：生活保護受給者証の写し
- ・中国残留邦人等支援受給者：本人確認証の写し

※過去に一度も鶴ヶ島市に請求したことのない場合は、鶴ヶ島市所定の様式（口座振込申出書）による登録が必要ですので御連絡ください。

（登録事項の変更があった場合も変更登録が必要です。）

問い合わせ先：鶴ヶ島市感染症対策課

住所：〒350-2213

鶴ヶ島市大字脚折1922-10

電話：049-227-9522

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

毛呂山町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢				
ヒブ	9, 100円	0歳	2か月～	5歳	0か月に至るまで	
小児用肺炎球菌	11, 900円	0歳	2か月～	5歳	0か月に至るまで	
B型肝炎	6, 600円	0歳	0か月～	1歳	0か月に至るまで	
ロタウイルス	ロタリックス ロタテック	15, 300円 10, 600円	出生6週0日後～ 出生6週0日後～	24週0日後まで 32週0日後まで		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10, 300円 10, 300円	0歳 0歳	2か月～ 2か月～	7歳 7歳 6か月に至るまで 6か月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 500円 11, 500円	0歳 0歳	2か月～ 2か月～	7歳 7歳 6か月に至るまで 6か月に至るまで	
BCG		9, 400円	0歳	0か月～	1歳 0か月に至るまで	
水痘		9, 200円	1歳	0か月～	3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 500円 11, 500円	1歳 5歳	0か月～ 0か月～	2歳 7歳 0か月に至るまで 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	7, 800円 7, 800円	1歳 5歳	0か月～ 0か月～	2歳 7歳 0か月に至るまで 0か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期	7, 800円 7, 800円	1歳 5歳	0か月～ 0か月～	2歳 7歳 0か月に至るまで 0か月未満*	
日本脳炎	第1期(初回・追加) 7歳6か月未満 9歳0か月以上	8, 400円 7, 600円	0歳 20歳未満**	6か月～	7歳 6か月未満	
	第2期	7, 600円	9歳 20歳未満**	0か月～13歳	0か月未満	
	第1期初回 第1期追加 第2期	6, 800円 6, 800円 5, 300円	0歳 0歳 11歳	3か月～ 3か月～ 0か月～13歳	7歳 6か月に至るまで 6か月に至るまで 0か月未満	
HPV	2価・4価 9価	16, 800円 29, 900円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子 ***			

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ接種対象者を含む。

予診のみ	委託料（税込み）
6歳未満	3, 700円
6歳以上	2, 900円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 5, 000円 (自己負担金 3, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 8, 000円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み） 2, 900円
------	------------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：毛呂山町保健センター

住所：〒350-0436 入間郡毛呂山町大字川角305-1

電話：049-294-5511

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 越生町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	9, 100円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	11, 900円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	6, 600円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック (5価)	生後 6週に至った日の翌日～生後 24週に至る日の 翌日まで 生後 6週に至った日の翌日～生後 32週に至る日の翌 日まで
ポリオ単独 (I P V)	第1期初回 第1期追加	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (D P T - I P V)	第1期初回 第1期追加	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
B C G	9, 400円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	9, 200円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月～ 9歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (D T)	第1期初回 第1期追加 第2期	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
H P V	2価・4価 9価	小学6年生～高校1年生相当の女子 ***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ対象者を含む

予診のみ（6歳未満）	委託料（税込み）3, 700円
予診のみ（6歳以上）	委託料（税込み）2, 900円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5, 000円 (自己負担金 3, 000円) ②生活保護受給者 8, 000円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）2, 900円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：越生町保健センター

住所：〒350-0416 入間郡越生町大字越生917番地

電話：049-292-5505

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

鳩山町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	9, 790円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌	13, 500円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎	7, 860円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16, 120円 10, 590円	生後6週～生後24週まで 生後6週～生後32週まで	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 380円 11, 380円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 770円 12, 770円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
BCG		11, 370円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで	
水痘		10, 590円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12, 170円 12, 170円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 850円 8, 850円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 880円 8, 880円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 720円 8, 720円 8, 720円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月～ 20歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**	
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	5, 590円 5, 590円 5, 590円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満	
HPV	2価・4価 9価	18, 480円 32, 700円	11歳～16歳相当の女子***	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチャップ接種対象者を含む。

予診のみ

委託料（税込み）2, 200円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 4, 840円 (自己負担金 5, 000円) ②生活保護受給者 9, 840円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ

委託料（税込み）2, 200円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：鳩山町保健センター

住所：〒350-0324 比企郡鳩山町大豆戸183-1

電話：049-296-2530

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

狹山市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢			
ヒブ		9, 119円	0歳 2か月	～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌		12, 485円	0歳 2か月	～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎		8, 254円	0歳 0か月	～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	14, 663円 9, 636円	生後6週0日 生後6週0日	～ 生後24週0日まで ～ 生後32週0日まで		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 825円 11, 825円	0歳 2か月 0歳 2か月	～ 7歳 6か月に至るまで ～ 7歳 6か月に至るまで		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 550円 11, 550円	0歳 2か月 0歳 2か月	～ 7歳 6か月に至るまで ～ 7歳 6か月に至るまで		
BCG		11, 330円	0歳 0か月	～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘		10, 780円	1歳 0か月	～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 055円 11, 055円	1歳 0か月 5歳 0か月	～ 2歳 0か月に至るまで ～ 7歳 0か月未満*		
麻しん単抗原	第1期 第2期		歳 歳	か月 ～ 歳 か月 ～ 歳	か月に至るまで か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期		歳 歳	か月 ～ 歳 か月 ～ 歳	か月に至るまで か月未満*	
日本脳炎	第1期 (初回・追加)	7, 975円 7, 150円	0歳 7歳	6か月 ～ 7歳 6か月 ～ 20歳	6か月に至るまで 0か月に至るまで**	
	第2期	7, 150円	9歳 13歳	0か月 ～ 13歳 0か月 ～ 20歳	0か月未満 0か月未満**	
	第1期初回 第1期追加 第2期	7, 755円 7, 755円 5, 005円	0歳 0歳 11歳	3か月 ～ 7歳 3か月 ～ 7歳 0か月 ～ 13歳	6か月に至るまで 6か月に至るまで 0か月未満	
二種混合 (DT)		2価・4価 9価	16, 940円 29, 865円	小学6年生～高校1年生相当の女子***		

\*但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\* \*但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\* \* \*キャッチアップ接種対象者含む。

予診のみ	委託料（税込み）
7歳6か月未満	3, 993円
7歳6か月以上	3, 168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 3, 310円 (自己負担金 5, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者
	② 生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8, 310円 (自己負担金 0円)	

予診のみ	委託料（税込み） 3, 168円
------	------------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：狹山市保健センター

住所：〒350-1304 狹山市狭山台3-24

電話：04-2959-5811

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 入間市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		8, 928円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌		12, 608円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎	ビームゲン ヘプタバックス	8, 112円 8, 278円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	15, 070円 10, 043円	生後 6週0日～24週 0日後まで 生後 6週0日～32週 0日後まで		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 583円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 738円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
BCG		10, 791円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘		10, 538円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 939円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 470円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 470円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
日本脳炎	第1期初回 第1期追加	9, 130円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月～20歳 0か月に至るまで**		
	第2期	8, 338円	9歳 0か月～13歳 0か月未満 13歳 0か月～20歳 0か月未満**		
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	6, 402円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～13歳 0か月未満		
HPV	2価・4価 9価	16, 762円 29, 953円	小学校6年生～高校1年生相当の女子 高校2年生～26歳相当の女子		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	HPV（税込み）2, 508円	HPV以外（税込）3, 300円
------	-----------------	------------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  3, 382円 (自己負担金 5, 000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者  8, 382円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）2, 750円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：入間市健康推進部地域保健課

住所：〒358-0013 入間市上藤沢730-1（入間市健康福祉センター）

電話：04-2966-5513

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 飯能市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		9, 850円	0歳 2か月～	5歳 0か月に至るまで	
小児用肺炎球菌		12, 360円	0歳 2か月～	5歳 0か月に至るまで	
B型肝炎		7, 500円	0歳 0か月～	1歳 0か月に至るまで	
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	14, 990円 9, 970円	生後6週0日後～ 生後6週0日後～	生後24週0日後まで 生後32週0日後まで	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 520円 11, 520円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 830円 12, 830円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで	
BCG		10, 380円	0歳 0か月～	1歳 0か月に至るまで	
水痘		9, 080円	1歳 0か月～	3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12, 570円 12, 570円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 380円 8, 380円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 380円 8, 380円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*	
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 380円 8, 380円 8, 380円	0歳 6か月～ 7歳 6か月～ 9歳 0か月～ 13歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 20歳 0か月に至るまで** 13歳 13歳 0か月未満 20歳 0か月未満**	
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 380円 8, 380円 8, 380円	0歳 3か月～ 0歳 3か月～ 11歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで 13歳 0か月未満	
HPV	2価・4価 9価	17, 280円 27, 130円	小学6年生～	高校1年生相当の女子*** 小学6年生～	高校1年生相当の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ対象者を含む

予診のみ	委託料（税込み）3, 060円
------	-----------------

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者	3, 380円 (自己負担金 5, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者	8, 380円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）3, 060円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

【請求書作成時の注意点】・代表者印について、法人の方は法人印を押印ください。

・訂正については二重線の上、訂正印をお願いします。但し、金額部分については訂正印では対応できかねます

・「口座名義」と「医療機関名」または「施設長名」欄には、共通する医療機関名称または施設長名を必ず入れてください。

問い合わせ先：飯能市健康推進部健康づくり支援課（保健センター内）

住所：〒357-0021 飯能市大字双柳371番地13 電話：042-974-3488

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

日高市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		9, 850円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌		12, 360円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎		7, 500円	0歳 2か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	14, 990円 9, 970円	生後6週0日～ 生後24週0日に至るまで 生後6週0日～ 生後32週0日に至るまで		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 520円 11, 520円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 830円 12, 830円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
BCG		10, 380円	0歳 3か月～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘		9, 080円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12, 570円 12, 570円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 380円 8, 380円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 380円 8, 380円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 380円 8, 380円 8, 380円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月～ 20歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**		
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 380円 8, 380円 8, 380円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満		
HPV	2価・4価 9価	17, 280円 27, 130円	小学6年生～高校1年生相当の女子***		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャツチアップ対象者を含む

予診のみ 委託料（税込み）3, 060円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 3, 380円 (自己負担金 5, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者
	②生活保護受給者 8, 380円 (自己負担金 0円)	

予診のみ 委託料（税込み）3, 060円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：日高市立保健相談センター

住所：〒350-1231 日高市大字鹿山370番地20

電話：042-985-5122

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

東松山市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		9, 790円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌		13, 500円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎		7, 860円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16, 120円 10, 590円	生後6週0日後～ 生後6週0日後～	生後24週0日後まで 生後32週0日後まで	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 380円 11, 380円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 770円 12, 770円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで	
BCG		11, 370円	0歳 0か月～	1歳 0か月に至るまで	
水痘		10, 590円	1歳 0か月～	3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12, 170円 12, 170円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 850円 8, 850円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 880円 8, 880円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*	
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 720円 8, 720円 8, 720円	0歳 6か月～ 7歳 6か月～ 9歳 0か月～	7歳 9歳 13歳 13歳 0か月～	6か月に至るまで 9歳 0か月に至るまで** 13歳 0か月未満 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	5, 590円 5, 590円 5, 590円	0歳 3か月～ 0歳 3か月～ 11歳 0か月～	7歳 7歳 13歳	6か月に至るまで 6か月に至るまで 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	18, 480円 32, 700円	小学6年生～ 平成9年度生まれ～	高校1年生相当の女子 平成17年度生まれの女子***	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ 委託料（税込み）2, 200円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 4, 840円 (自己負担金 5, 000円) ②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 9, 840円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ 委託料（税込み）2, 200円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：東松山市健康推進課（保健センター）

住所：〒355-0016 東松山市材木町2-36

電話：0493-24-3921

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

滑川町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	9, 790円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌	13, 500円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎	7, 860円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16, 120円 10, 590円	生後6週0日後～ 生後6週0日後～	生後24週0日後まで 生後32週0日後まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 380円 11, 380円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 770円 12, 770円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
BCG		11, 370円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで	
水痘		10, 590円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12, 170円 12, 170円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 850円 8, 850円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 880円 8, 880円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 720円 8, 720円 8, 720円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月～ 20歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**	
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	5, 590円 5, 590円 5, 590円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満	
HPV	2価・4価 9価	18, 480円 32, 700円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子*** 小学6年生～ 高校1年生相当の女子***	

\*但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\*但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\*キャツチアップ接種対象者含む。

予診のみ

委託料（税込み）2, 200円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 4, 840円 (自己負担金 5, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護受給者 9, 840円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ

委託料（税込み）2, 200円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：滑川町健康づくり課（保健センター）

住所：〒355-0811 比企郡滑川町大字羽尾4972-8

電話：0493-56-5330

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 嵐山町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	9, 790円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌	13, 500円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎	7, 860円	0歳 2か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16, 120円 10, 590円	6週～ 24週まで 6週～ 32週まで	初回接種は 14週6日まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 380円 11, 380円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 770円 12, 770円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
BCG		11, 370円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで	
水痘		10, 590円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12, 170円 12, 170円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 850円 8, 850円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 880円 8, 880円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 720円 8, 720円 8, 720円	3歳 0か月～ 7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月～ 9歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**	
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	5, 590円 5, 590円 5, 590円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満	
HPV	2価・4価 9価	18, 480円 32, 700円	小学6年生～高校1年生相当の女子 小学6年生～高校1年生相当の女子	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	委託料（税込み）2, 200円
------	-----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  4, 840円 (自己負担金 5, 000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者
	②生活保護受給者  9, 840円 (自己負担金 0円)	

予診のみ	委託料（税込み）2, 200円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：嵐山町健康いきいき課

住所：〒355-0211 比企郡嵐山町大字杉山1030-1

電話：0493-59-6911

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 小川町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	9,790円	0歳	2か月～	5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	13,500円	0歳	2か月～	5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	7,860円	0歳	0か月～	1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価)	16,120円	生後6週	0日後～24週0日後まで
	ロタテック(5価)	10,590円	生後6週	0日後～32週0日後まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	11,380円	0歳	2か月～7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	11,380円	0歳	2か月～7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	12,770円	0歳	2か月～7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	12,770円	0歳	2か月～7歳 6か月に至るまで
BCG	11,370円	0歳	0か月～	1歳 0か月に至るまで
水痘	10,590円	1歳	0か月～	3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,170円	1歳	0か月～2歳 0か月に至るまで
	第2期	12,170円	5歳	0か月～7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,850円	1歳	0か月～2歳 0か月に至るまで
	第2期	8,850円	5歳	0か月～7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期	8,880円	1歳	0か月～2歳 0か月に至るまで
	第2期	8,880円	5歳	0か月～7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,720円	0歳	6か月～7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	8,720円	0歳	6か月～7歳 6か月に至るまで
	第2期	8,720円	9歳	0か月～13歳 0か月未満
	第1期（特例）	8,720円	16歳	0か月～20歳 0か月に至るまで**
	第2期（特例）	8,720円	16歳	0か月～20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回	5,590円	0歳	3か月～7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	5,590円	0歳	3か月～7歳 6か月に至るまで
	第2期	5,590円	11歳	0か月～13歳 0か月未満
HPV	2価・4価	18,480円	小学6年生～高校1年生相当の女子***	
	9価	32,700円		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ接種対象者を含む。

予診のみ

委託料（税込み）2,200円

問い合わせ先：ココット（小川町子育て総合センター）子育て支援課

住所：〒355-0316 比企郡小川町大字角山133番地 電話：0493-81-6181

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者  4,840円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	② 生活保護受給者  9,840円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満で、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に重い障害を有する者（身体障害者手帳1級の者）

予診のみ

委託料（税込み）2,200円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：健康福祉課

住所：〒355-0392 比企郡小川町大字大塚55番地 電話：0493-72-1221

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## ときがわ町

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		9, 790円	0歳 2か月～	5歳 0か月に至るまで	
小児用肺炎球菌		13, 500円	0歳 2か月～	5歳 0か月に至るまで	
B型肝炎		7, 860円	0歳 0か月～	1歳 0か月に至るまで	
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16, 120円 10, 590円	生後6週0日後～ 生後6週0日後～	24週0日後まで 32週0日後まで	
ポリオ単独 (I P V)	第1期初回 第1期追加	11, 380円 11, 380円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで	
4種混合 (D P T - I P V)	第1期初回 第1期追加	12, 770円 12, 770円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで	
B C G		11, 370円	0歳 0か月～	1歳 0か月に至るまで	
水痘		10, 590円	1歳 0か月～	3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12, 170円 12, 170円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 850円 8, 850円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 880円 8, 880円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*	
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 720円 8, 720円 8, 720円	0歳 6か月～ 7歳 6か月～ 9歳 0か月～ 13歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月に至るまで** 13歳 0か月未満 20歳 0か月未満**	
二種混合 (D T)	第1期初回 第1期追加 第2期	5, 590円 5, 590円 5, 590円	0歳 3か月～ 0歳 3か月～ 11歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで 13歳 0か月未満	
H P V	2価・4価 9価	18, 480円 32, 700円		12歳～ 16歳相当の女子 12歳～ 16歳相当の女子	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ 委託料（税込み）2, 200円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 4, 840円 (自己負担金 5, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者
	②生活保護受給者 9, 840円 (自己負担金 0円)	

予診のみ 委託料（税込み）2, 200円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：ときがわ町保健センター

住所：〒355-0356 比企郡ときがわ町大字関堀151番地1

電話：0493-65-1010

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

川島町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	9, 790円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	13, 500円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	7, 860円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	生後6週0日～生後24週0日に至るまで 生後6週0日～生後32週0日に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	11, 370円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	10, 590円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月に至るまで** 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	12歳～16歳相当の女子、 1997.4.2～2006.4.1生の女子(キャッチャップ)

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ 委託料（税込み）2, 200円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 4, 840円 (自己負担金 5, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	② 生活保護受給者 9, 840円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ 委託料（税込み）2, 200円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：川島町子育て支援課

住所：〒350-0192 比企郡川島町大字下ハツ林870-1

電話：049-299-1765（直通）

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 吉見町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	9, 790円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	13, 500円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	7, 860円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16, 120円 10, 590円 生後6週0日後～生後24週0日後まで 生後6週0日後～生後32週0日後まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 380円 11, 380円 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 770円 12, 770円 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		11, 370円 0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		10, 590円 1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12, 170円 12, 170円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 850円 8, 850円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 880円 8, 880円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 720円 8, 720円 8, 720円 0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	5, 590円 5, 590円 5, 590円 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	18, 480円 32, 700円 小学6年生～ 高校1年生相当の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ接種対象者を含む

予診のみ

委託料（税込み）2, 200円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 4, 840円 (自己負担金 5, 000円) ②生活保護受給者 9, 840円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ

委託料（税込み）2, 200円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：吉見町保健センター

住所：〒355-0118 比企郡吉見町大字下細谷1212番地

電話：0493-54-3120

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 東秩父村

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	9,790円	0歳	2か月～	5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	13,500円	0歳	2か月～	5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	7,860円	0歳	0か月～	1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価)	16,120円	生後6週～生後24週に至るまで	
	ロタック(5価)	10,590円	生後6週～生後32週に至るまで	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	11,380円	0歳	2か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	11,380円	0歳	2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	12,770円	0歳	2か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	12,770円	0歳	2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	11,370円	0歳	0か月～	1歳 0か月に至るまで
水痘	10,590円	1歳	0か月～	3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,170円	1歳	0か月～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期	12,170円	5歳	0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,850円	1歳	0か月～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期	8,850円	5歳	0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期	8,880円	1歳	0か月～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期	8,880円	5歳	0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,720円	0歳	6か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	8,720円	9歳	0か月～ 13歳 0か月未満
	第2期	8,720円	16歳	0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回	5,590円	0歳	3か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	5,590円	0歳	3か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第2期	5,590円	11歳	0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	(2価・4価)	18,480円	小学6年生～高校1年生相当の女子***	
	(シルガード9価)	32,700円		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ接種対象者を含む

予診のみ

委託料（税込み）2,200円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	<p>① 一般対象者 4,840円 (自己負担金 5,000円)</p> <p>②生活保護 9,840円 (自己負担金 0円)</p>	<p>(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生</p> <p>(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者</p>

予診のみ

委託料（税込み）2,200円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：東秩父村保健センター

住所：〒355-0372 秩父郡東秩父村大字坂本1284-1

電話：0493-82-1557

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

秩父市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ		8,540円	歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,060円	歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		6,620円	歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	15,200円 10,500円	生後6週～ 24週に至るまで 生後6週～ 32週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	9,980円 9,980円	歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	11,300円 11,300円	歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		10,120円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		8,940円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	10,640円 10,640円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期		歳 か月～ 歳 か月に至るまで 歳 か月～ 歳 か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期		歳 か月～ 歳 か月に至るまで 歳 か月～ 歳 か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	7,560円 7,560円 7,560円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 6か月～ 20歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 9歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	5,810円 5,810円 5,810円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	16,360円 30,000円	小学6年生～高校1年生相当の女子 ***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ接種対象者を含む

予診のみ 委託料（税込み）1,100円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  5,640円 (自己負担金 2,500円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者  8,140円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ 委託料（税込み）0円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：秩父市保健センター

住所：〒368-0013 秩父市永田町4-17

電話：0494-22-0648

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 横瀬町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	8,540円	0歳 2か月	～ 5歳 0か月に至るまで	
小児用肺炎球菌	12,060円	0歳 2か月	～ 5歳 0か月に至るまで	
B型肝炎	6,620円	0歳 0か月	～ 1歳 0か月に至るまで	
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	15,200円 10,500円	生後6週	～ 生後24週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	9,980円 9,980円	0歳 2か月 0歳 2か月	～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	11,300円 11,300円	0歳 2か月 0歳 2か月	～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	10,120円	0歳 0か月	～ 1歳 0か月に至るまで	
水痘	8,940円	1歳 0か月	～ 3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	10,640円 10,640円	1歳 0か月 5歳 0か月	～ 2歳 0か月に至るまで ～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期		歳 か月	～ 歳 か月に至るまで
風しん単抗原	第1期 第2期		歳 か月	～ 歳 か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	7,560円 7,560円 7,560円	0歳 6か月 0歳 6か月 9歳 0か月 9歳 0か月	～ 7歳 6か月に至るまで ～ 20歳 0か月に至るまで** ～ 13歳 0か月未満 ～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	5,810円 5,810円 5,810円	0歳 3か月 0歳 3か月 11歳 0か月	～ 7歳 6か月に至るまで ～ 7歳 6か月に至るまで ～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	16,360円 30,000円	小学6年生	～ 平成10年度生まれの女子

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	委託料（税込み） 1,100円
------	-----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  5,640円 (自己負担金 2,500円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者
	②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者  8,140円 (自己負担金 0円)	

予診のみ	委託料（税込み） 0円
------	-------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：横瀬町健康子育て課

住所：〒368-0072 秩父郡横瀬町大字横瀬4545

電話：0494-25-0110（直通）

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 皆野町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	8, 540円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	12, 060円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	6, 620円	0歳 2か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	生後6週後～生後24週後 生後6週後～生後32週後
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	10, 120円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	8, 940円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	歳 か月～ 歳 か月に至るまで 歳 か月～ 歳 か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	歳 か月～ 歳 か月に至るまで 歳 か月～ 歳 か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 20歳未満** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 20未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	小学6年生～平成9年度生まれの女子 小学6年生～平成9年度生まれの女子

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	委託料（税込み） 1, 100円
------	------------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  5, 640円 (自己負担金 2, 500円)  ②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者  8, 140円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み） 0円
------	-------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：皆野町役場 健康こども課 健康づくり担当

住所：〒369-1492 秩父郡皆野町大字皆野1420-1

電話：0494-62-1288

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 長瀬町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢			
ヒブ	8, 540円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで			
小児用肺炎球菌	12, 060円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで			
B型肝炎	6, 620円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで			
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	15, 200円 10, 500円	生後6週～ 生後6週～	生後24週に至るまで 生後24週に至るまで	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	9, 980円 9, 980円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 300円 11, 300円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで	
BCG		10, 120円	0歳 0か月～	1歳 0か月に至るまで	
水痘		8, 940円	1歳 0か月～	3歳 0か月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	10, 640円 10, 640円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	円 円	歳 歳	か月～ か月～	
風しん単抗原	第1期 第2期	円 円	歳 歳	か月～ か月～	
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	7, 560円 7, 560円 7, 560円	0歳 6か月～ 0歳 6か月～ 9歳 0か月～ 9歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 20歳 0か月に至るまで** 13歳 0か月未満 20歳 0か月未満**	
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	5, 810円 5, 810円 5, 810円	0歳 3か月～ 0歳 3か月～ 11歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで 13歳 0か月未満	
HPV	2価・4価 9価	16, 360円 30, 000円	小学6年生～平成9年度生まれの女子 小学6年生～平成9年度生まれの女子		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	委託料（税込み）1, 100円
------	-----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  5, 640円 (自己負担金 2, 500円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者  8, 140円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の 機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障 害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日 常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）0円
------	------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：長瀬町役場 健康福祉課

住所：〒369-1392 秩父郡長瀬町大字本野上1035番地1

電話：0494-66-3111

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 小鹿野町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	8, 540円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	12, 060円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	6, 620円	0歳 2か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	生後6週間後～生後24週間後 生後6週間後～生後32週間後
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	10, 120円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	8, 940円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	歳 か月～ 歳 か月に至るまで 歳 か月～ 歳 か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	歳 か月～ 歳 か月に至るまで 歳 か月～ 歳 か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月～ 9歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	小学6年生～平成10年4月1日生まれまでの女子 小学6年生～平成10年4月1日生まれまでの女子

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	委託料（税込み） 1, 100円
------	------------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  6, 640円 (自己負担金 1, 500円)  ②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者  8, 140円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み） 0円
------	-------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：小鹿野町 保健課

住所：〒368-0105 秩父郡小鹿野町小鹿野300 小鹿野町保健福祉センター

電話：0494-75-0135

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 本庄市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	9, 289円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌	12, 223円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎	7, 132円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) 16, 100円 ロタテック(5価) 11, 073円	生後6週0日～ 生後24週0日まで 生後6週0日～ 生後32週0日まで		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 10, 033円 第1期追加 10, 033円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 12, 589円 第1期追加 12, 589円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
BCG	10, 848円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘	9, 350円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 11, 948円 第2期 11, 948円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
麻しん単抗原	第1期 7, 893円 第2期 7, 893円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
風しん単抗原	第1期 7, 893円 第2期 7, 893円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
日本脳炎	第1期初回 9, 115円 第1期追加 9, 115円 第2期 7, 792円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 16歳 0か月～ 20歳 0か月未満** 9歳 0か月～ 13歳 0か月に至るまで 16歳 0か月～ 20歳 0か月未満**		
二種混合 (DT)	第1期初回 6, 458円 第1期追加 6, 458円 第2期 6, 458円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満		
HPV	2価・4価 17, 173円 9価 29, 800円	平成9年4月2日～平成24年4月1日生の女子***		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチャップ接種対象者を含む。

予診のみ	委託料（税込み） 3, 300円
------	------------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 6, 404円 (自己負担金 2, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者・東日本大震災 被災者 8, 404円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の 機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障 害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日 常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み） 1, 875円
------	------------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

※高齢者用肺炎球菌の接種者②に該当する者は、

予診票と併せ、以下の書類を添付してください。

- ・生活保護受給者：生活保護受給者証の写し
- ・中国残留邦人等支援受給者：本人確認証の写し

問い合わせ先：本庄市健康推進課（保健センター）

住所：〒367-0031 本庄市北堀1422-1

電話：0495-24-2003

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 美里町

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ		9, 289円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌		12, 223円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎		7, 132円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16, 100円 11, 073円	生後6週～ 生後24週に至るまで 生後6週～ 生後32週に至るまで		
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10, 033円 10, 033円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 589円 12, 589円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで		
BCG		10, 848円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘		9, 350円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 948円 11, 948円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
麻しん単抗原	第1期 第2期	7, 893円 7, 893円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
風しん単抗原	第1期 第2期	7, 893円 7, 893円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*		
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	9, 115円 9, 115円 7, 792円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 16歳 0か月～ 20歳 0か月未満** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 16歳 0か月～ 20歳 0か月未満**		
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	6, 458円 6, 458円 6, 458円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満		
子宮頸がん	2価・4価 9価	17, 173円 29, 800円	H9年4月2日～H24年4月1日生の女子***		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチャップ接種対象者含む。

予診のみ

委託料（税込み）3, 300円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  6, 404円 (自己負担金 2, 000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者・東日本大震災 被災者  8, 404円 (自己負担金 0円)	

予診のみ

委託料（税込み）1, 875円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：美里町保健センター

住所：〒367-0112 埼玉郡美里町大字木部538-5

電話：0495-76-2855

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 神川町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	9, 289円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌	12, 223円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎	7, 132円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16, 100円 11, 073円	生後6週～ 生後6週～	生後24週に至るまで 生後32週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10, 033円 10, 033円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 589円 12, 589円	0歳 2か月～ 0歳 2か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで
BCG		10, 848円	0歳 0か月～	1歳 0か月に至るまで
水痘		9, 350円	1歳 0か月～	3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 948円 11, 948円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	7, 893円 7, 893円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	7, 893円 7, 893円	1歳 0か月～ 5歳 0か月～	2歳 0か月に至るまで 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期 (初回・追加)	9, 115円	0歳 6か月～ 16歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 20歳 0か月未満**
	第2期	7, 792円	9歳 0か月～ 16歳 0か月～	13歳 0か月未満 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	6, 458円 6, 458円 6, 458円	0歳 3か月～ 0歳 3か月～ 11歳 0か月～	7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月に至るまで 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	17, 173円 29, 800円	平成9年4月2日から平成24年4月1日生の女子***	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチャップ接種対象者含む。

予診のみ	委託料（税込み）3, 300円
------	-----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  6, 404円 (自己負担金 2, 000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者・東日本大震災 被災者  8, 404円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の 機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障 害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日 常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）1, 875円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：神川町保健センター

住所：〒367-0292 埼玉郡神川町大字植竹900-1

電話：0495-77-4041

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 上里町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	9, 289円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	12, 223円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	7, 132円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) 16, 100円 ロタテック(5価) 11, 073円	生後6週～生後24週に至るまで 生後6週～生後32週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 10, 033円 第1期追加 10, 033円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 12, 589円 第1期追加 12, 589円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	10, 848円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	9, 350円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 11, 948円 第2期 11, 948円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 7, 893円 第2期 7, 893円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 7, 893円 第2期 7, 893円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 9, 115円 第1期追加 9, 115円 第2期 7, 792円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 16歳 0か月～ 20歳 0か月未満** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 16歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 6, 458円 第1期追加 6, 458円 第2期 6, 458円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 17, 173円 9価 29, 800円	H9. 4. 2生～H24. 4. 1生の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キヤツチアップ接種対象者を含む。

予診のみ	委託料（税込み） 3, 300円
------	------------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 6, 404円 (自己負担金 2, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8, 404円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み） 1, 875円
------	------------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：上里町保健センター

住所：〒369-0306 埼玉郡上里町大字七本木307番地

電話：0495-33-2550

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

熊谷市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	10,461円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	13,827円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	8,527円	0歳 2か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価)	生後6週に至った日の翌日～生後24週に至る日の翌日まで
	ロタテック(5価)	生後6週に至った日の翌日～生後32週に至る日の翌日まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期 (初回・追加)	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期 (初回・追加)	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	11,407円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	10,857円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期 (初回・追加)	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
	第2期	9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 9歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
	第1期 (初回・追加)	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで
二種混合 (DT)	第2期	11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価	18,227円
	9価	29,722円
		小学6年生～高校1年生相当の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ対象者を含む。

予診のみ 委託料（税込み）1,100円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 6,657円 (自己負担金 2,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 8,657円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ 委託料（税込み）1,100円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

※高齢者用肺炎球菌を請求の際は、生活保護受給者は受給証の写し、中国人残留邦人等支援受給者は本人確認証の写しをそれぞれ予診票に添付してください。また、対象年齢(2)の該当者については、身体障害者手帳の写しを予診票に添付してください。

問い合わせ先：熊谷市母子健康センター

住所：〒360-0812 熊谷市大原1丁目5番36号

電話：048-525-2722

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 寄居町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢			
ヒブ	9, 356円	0歳	2か月～	5歳	0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	12, 531円	0歳	2か月～	5歳	0か月に至るまで
B型肝炎	7, 945円	0歳	2か月～	1歳	0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価)	16, 150円	出生6週0日後～	出生24週0日後まで	
	ロタック(5価)	11, 123円	出生6週0日後～	出生32週0日後まで	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	10, 062円	0歳	2か月～	7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	10, 062円	0歳	2か月～	7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	12, 655円	0歳	2か月～	7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	12, 655円	0歳	2か月～	7歳 6か月に至るまで
BCG	10, 889円	0歳	3か月～	1歳	0か月に至るまで
水痘	10, 342円	1歳	0か月～	3歳	0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12, 016円	1歳	0か月～	2歳 0か月に至るまで
	第2期	12, 016円	5歳	0か月～	7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期	7, 097円	1歳	0か月～	2歳 0か月に至るまで
	第2期	7, 097円	5歳	0か月～	7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期	7, 098円	1歳	0か月～	2歳 0か月に至るまで
	第2期	7, 098円	5歳	0か月～	7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回	8, 730円	0歳	6か月～	7歳 6か月に至るまで**
	第1期追加	8, 730円	0歳	6か月～	7歳 6か月に至るまで**
	第2期	8, 730円	9歳	0か月～	13歳 0か月未満
		8, 730円	特例対象者***		
二種混合 (DT)	第1期初回	7, 051円	0歳	3か月～	7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	7, 051円	0歳	3か月～	7歳 6か月に至るまで
	第2期	7, 051円	11歳	0か月～	13歳 0か月未満
HPV	サーバリックス(2価)	17, 247円	小学6年生～高校1年生に相当する女子****		
	ガーダシル(4価)	17, 247円			
	シルガード(9価)	29, 240円			

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、原則は標準的な接種期間に接種するものとする。

\*\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\*\* キャツチアップ接種対象者を含む

予診のみ	委託料（税込み）1, 070円
------	-----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者  4, 210円 (自己負担金 4, 000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	② 生活保護受給者  8, 210円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）1, 070円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：寄居町健康づくり課

住所：〒369-1292 大里郡寄居町大字寄居1180番地1

電話：048-581-2121（内線211、212）

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

深谷市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢		
ヒブ	9, 356円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
小児用肺炎球菌	12, 531円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで		
B型肝炎	7, 945円	0歳 2か月～ 1歳 0か月に至るまで		
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16, 150円 11, 123円	出生6週0日後～ 出生6週0日後～	出生24週0日後まで 出生32週0日後まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	10, 062円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 655円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで	
BCG	10, 980円	0歳 5か月～ 1歳 0か月に至るまで		
水痘	10, 342円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで		
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12, 016円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
麻しん単抗原	第1期 第2期	7, 097円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
風しん単抗原	第1期 第2期	7, 098円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*	
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	8, 730円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満(第2期) 20歳 0か月未満(特例措置対象者) **	
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7, 051円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満	
HPV	2価・4価 9価	17, 247円 29, 240円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子 16歳(H18年度生)～25歳(H9年度生)の女子***	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ接種対象者

予診のみ	委託料（税込み）1, 070円
------	-----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者  4, 210円 (自己負担金 4, 000円)  ②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者  8, 210円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）1, 070円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：深谷市保健センター

住所：〒366-0823 深谷市本住町17-1

電話：048-575-1101

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

行田市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢			
ヒブ		10, 220円	0歳	2か月～	3歳	0か月に至るまで
		8, 790円	3歳	0か月～	5歳	0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		13, 750円	0歳	2か月～	3歳	0か月に至るまで
		12, 320円	3歳	0か月～	5歳	0か月に至るまで
B型肝炎		8, 120円	0歳	0か月～	1歳	0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価)	16, 270円	生後	6週	0日～	生後24週0日に至るまで
	ロタtek(5価)	11, 250円	生後	6週	0日～	生後32週0日に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 660円	0歳	2か月～	3歳	0か月に至るまで
		10, 230円	3歳	0か月～	6歳	0か月に至るまで
		9, 410円	6歳	0か月～	7歳	6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 980円	0歳	2か月～	3歳	0か月に至るまで
		11, 550円	3歳	0か月～	6歳	0か月に至るまで
		10, 730円	6歳	0か月～	7歳	6か月に至るまで
BCG		11, 170円	0歳	0か月～	1歳	0か月に至るまで
水痘		10, 620円	1歳	0か月～	3歳	0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12, 380円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	10, 950円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満*
麻しん単抗原	第1期	8, 770円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	7, 340円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満*
風しん単抗原	第1期	8, 760円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	7, 330円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満*
日本脳炎	第1期初回	9, 240円	0歳	6か月～	3歳	0か月に至るまで
	第1期追加	7, 810円	3歳	0か月～	6歳	0か月に至るまで
	第2期	6, 990円	6歳	0か月～	20歳	0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回	7, 260円	0歳	3か月～	3歳	0か月に至るまで
	第1期追加	5, 830円	3歳	0か月～	6歳	0か月に至るまで
	第2期	5, 010円	6歳	0か月～	7歳	6か月に至るまで
HPV	2価・4価	16, 610円	11歳	0か月～	13歳	0か月未満
	9価	26, 640円	小学6年生	～	高校1年生相当の女子***	

\*但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\*但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\*キャッチアップ対象者を含む。

予診のみ 委託料（税込み）1, 770円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 6, 330円 (自己負担金 2, 000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 8, 330円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ 委託料（税込み）1, 790円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

※高齢者肺炎球菌接種者は、生活保護受給者は受給者証、中国残留邦人等支援受給者は本人確認証の写しを請求時に予診票に添付してください。

また、対象年齢（2）に該当する人は身体障害者手帳の写しを添付してください。

問い合わせ先：行田市健康づくり課（保健センター内）

住所：〒361-0023 行田市長野2-3-17

電話：048-553-0053

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

羽生市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ		9, 830円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		13, 200円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		7, 410円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	15, 950円 10, 920円	生後6週～ 生後24週に至る日の翌日まで 生後6週～ 生後32週に至る日の翌日まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 280円 11, 280円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 430円 12, 430円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		10, 780円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		10, 230円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 990円 11, 990円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 390円 8, 390円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 390円 8, 390円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期 (初回・追加) 第2期	8, 860円 8, 030円 8, 030円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 7歳 6か月～ 20歳 0か月未満** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	6, 710円 6, 710円 5, 890円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	17, 660円 30, 580円	12歳～26歳相当の女子*** 12歳～26歳相当の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ接種対象者を含む。(26歳相当とは、平成9年4月2日以降の生年月日の者に限る)

予診のみ	委託料（税込み）3, 170円
------	-----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 3, 000円 (自己負担金 6, 190円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者
	②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者 9, 190円 (自己負担金 0円)	

予診のみ	委託料（税込み）0円
------	------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：羽生市役所 健康づくり推進課 保健係  
 住所：〒348-8601 羽生市東6丁目15番地  
 電話：048-561-1121

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

加須市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）		対象年齢
	6歳未満	6歳以上	
ヒブ	9, 999円		0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	13, 530円		0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	7, 788円		0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス（1価） ロタテック（5価）	15, 873円 10, 846円	出生6週0日後から24週0日後まで 出生6週0日後から32週0日後まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11, 440円 11, 440円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12, 760円 12, 760円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		10, 945円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		10, 373円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん 混合	第1期 第2期	12, 100円 12, 100円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8, 536円 8, 536円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8, 536円 8, 536円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	9, 020円 9, 020円 7, 535円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 16歳 0か月～ 20歳 0か月未満** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 16歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7, 040円 7, 040円 5, 555円 5, 555円 5, 555円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	17, 160円 30, 085円	小学校6年生～26歳相当の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限ること。

\*\*\* キャッチアップ接種対象者で3回の接種が終わっていない者に限ること。

予診のみ	委託料（税込み）	6歳未満：3, 993円	6歳以上：3, 168円
------	----------	--------------	--------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5, 404円 (自己負担金 3, 000円) ②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 8, 404円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み） 3, 168円
------	------------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

●小児（高齢者肺炎球菌除く）  
お問合せ先：加須市役所  
すくすく子育て相談室  
住所：〒347-8501 加須市三俣二丁目1番地1  
電話番号：0480-62-1111（代表）

●高齢者肺炎球菌  
お問合せ先：いきいき健康長寿課  
(加須保健センター内)  
住所：〒347-0061 加須市諏訪1-3-6  
電話番号：0480-62-1311

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 春日部市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ		10,382円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,748円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		8,448円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,498円 11,471円	生後6週～生後24週に至るまで 生後6週～生後32週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,823円 11,823円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	13,088円 13,088円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		11,128円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		10,778円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,538円 10,283円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,908円 8,908円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,919円 6,664円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	(6歳未満) 9,403円 (6歳以上) 7,148円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	(6歳未満) 7,258円 (6歳以上) 5,058円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	16,773円 28,655円	12歳～16歳相当の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ接種対象者を含む

予診のみ	委託料（税込み）
6歳未満	3,993円
6歳以上	3,168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 6,281円 (自己負担金 2,500円)  ②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8,781円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み） 3,168円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：春日部市 健康課 予防担当 住所：〒344-8577 春日部市中央六丁目2番地 電話：048-736-1111（代表）
--

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

蓮田市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）		対象年齢
	就学前	就学後	
ヒブ	9,361円		0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	12,331円		0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
巨型肝炎	8,228円		0歳 2か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス 16,093円 ロタテック 11,066円		生後6～生後24週に至るまで 生後6～生後32週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 11,825円 第1期追加	9,570	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 12,980円 第1期追加	10,725円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	11,330円		0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	10,392円		1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 12,485円 第2期		1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 8,910円 第2期		1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 8,921円 第2期		1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 9,405円 第1期追加 第2期	7,150円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月に至るまで** 13歳 0か月～ 20歳 0か月に至るまで** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 7,260円 第1期追加 第2期	5,005円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	16,786円 26,797円	小学校6年生～25歳相当の女子***

\*但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\*但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\*キャッチャップ接種対象者を含む

予診のみ	委託料（税込み）		
	未就学児	3,993円	就学児

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	① 一般対象者 5,214円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は 呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される 程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の 機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者
	②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者 8,214円 (自己負担金 0円)	

予診のみ	委託料（税込み） 3,168円
------	-----------------

(2) に該当する方は、対象者が持参する「健康増進事業等一部負担金免除申請書」を予診票に添付してください。

(2) に該当する方は、対象者が持参する依頼書を予診票に添付してください。

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：蓮田市役所 子ども支援課 健康増進課

住所：〒349-0193 蓼田市黒浜2799-1

電話：048-768-3111（代）

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 越谷市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	10,219円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	13,750円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	ヘプタバックス ビームゲン 8,248円 8,126円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価)	生後6週0日～生後24週0日に至るまで
	ロタテック(5価)	生後6週0日～生後32週0日に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	11,165円	0歳 2か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	10,615円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期	5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期	5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期	5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第1期(特例)	16歳 0か月～ 20歳 0か月に至るまで**
	第2期	9歳 0か月～ 13歳 0か月未満および 16歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第2期	11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	サーバリックス(2価)	17,017円
	ガータシル(4価)	16,610円
	ジルガード(9価)	27,029円
11歳～26歳相当の女子		

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

問診のみ	乳幼児	委託料（税込み）3,300円
	学童以上	委託料（税込み）3,168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5,949円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者 8,949円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）3,168円
------	----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：越谷市保健センター

住所：〒343-0023 越谷市東越谷十丁目31番地

電話：048-960-1100

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

久喜市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）		対象年齢
	未就学児	就学児	
ヒブ	9,361円		0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	12,331円		0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	8,228円		0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,093円 11,066円	生後6週0日～生後24週に至るまで 生後6週0日～生後36週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,824円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		11,330円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		10,392円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11,812円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,820円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,820円	1歳 0か月～ 7歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	9,404円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 9歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,325円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	16,786円 26,797円	平成9年度生～平成23年度生の女子 ※キャッチャップ接種対象者も含む

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	委託料（税込み）	
	未就学児	就学児
	3,993円	3,168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5,214円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8,214円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み） 3,168円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：久喜市保健センター

住所：〒346-0005 久喜市本町5-10-47

電話：0480-21-5354

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 幸手市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）		対象年齢
		就学前	就学後	
ヒブ		9,504円		0歳2か月～5歳0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,035円		0歳2か月～5歳0か月に至るまで
B型肝炎		7,781円		0歳0か月～1歳0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタtek(5価)	15,378円 10,351円		生後6週～生後24週に至るまで 生後6週～生後32週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,660円	9,790円	0歳2か月～7歳6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円	11,110円	0歳2か月～7歳6か月に至るまで
BCG		11,165円		0歳0か月～1歳0か月に至るまで
水痘		9,900円		1歳0か月～3歳0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,320円		1歳0か月～2歳0か月に至るまで 5歳0か月～7歳0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,745円		1歳0か月～2歳0か月に至るまで 5歳0か月～7歳0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,778円		1歳0か月～2歳0か月に至るまで 5歳0か月～7歳0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加	9,240円	7,370円	0歳6か月～7歳6か月に至るまで 9歳0か月～20歳0か月に至るまで**
	第2期		7,370円	9歳0か月～13歳0か月未満 9歳0か月～20歳0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加	7,260円	5,390円	0歳3か月～7歳6か月に至るまで
	第2期		5,390円	11歳0か月～13歳0か月未満
HPV	2価・4価		17,325円	12歳～26歳相当の女子
	9価		27,347円	

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	委託料（税込み）	
	就学前	就学後
	4,048円	3,223円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 4,136円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 9,136円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み） 3,223円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：幸手市健康増進課  
住所：〒340-0152  
幸手市天神島1030-1  
電話：0480-42-8421

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

宮代町

接種ワクチンの種類	委託料円 (税込み)		対象年齢
	未就学児	就学時	
ヒブ	9,361円		0歳2か月～5歳0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	12,331円		0歳2か月～5歳0か月に至るまで
B型肝炎	8,228円		0歳0か月～1歳0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) 16,093円		生後6週～生後24週に至るまで
	ロタテック(5価) 11,066円		生後6週～生後32週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 11,825円	9,570円	0歳2か月～7歳6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 12,980円	10,725円	0歳2か月～7歳6か月に至るまで
BCG	11,330円		0歳0か月～1歳0か月に至るまで
水痘	10,392円		1歳0か月～3歳0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 12,485円		1歳0か月～2歳0か月に至るまで 5歳0か月～7歳0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 8,888円		1歳0か月～2歳0か月に至るまで 5歳0か月～7歳0か月未満*
風しん単抗原	第1期 8,888円		1歳0か月～2歳0か月に至るまで 5歳0か月～7歳0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 9,405円	7,150円	0歳6か月～7歳6か月に至るまで 7歳6か月～9歳0か月に至るまで** 9歳0か月～13歳0か月未満 13歳0か月～20歳0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 7,260円	5,005円	0歳3か月～7歳6か月に至るまで
	第1期追加	5,005円	11歳0か月～13歳0か月未満
第2期		7,150円	
HPV	2価・4価 9価	16,786円 26,797円	小学6年生～高校1年生相当の女子***

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\* キャッチアップ接種対象者を含む

予診のみ	委託料 (税込み)	
	未就学児	就学時
	3,993円	3,168円

接種ワクチンの種類	委託料 (税込み)	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5,214円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8,214円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ

委託料 (税込み) 3,168円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：宮代町保健センター

住所：〒345-0801

南埼玉郡宮代町百間1119

電話：0480-32-1122

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

白岡市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）		対象年齢
	未就学児	就学児	
ヒブ	9,361円		0歳2か月～ 5歳0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	12,331円		0歳2か月～ 5歳0か月に至るまで
B型肝炎	8,228円		0歳0か月～ 1歳0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価)	16,093円	生後6週～ 生後24週に至るまで
	ロタテック(5価)	11,066円	生後6週～ 生後32週に至るまで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,825円	9,570円 0歳2か月～ 7歳6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円	10,725円 0歳2か月～ 7歳6か月に至るまで
BCG		11,330円	0歳0か月～ 1歳0か月に至るまで
水痘		10,392円	1歳0か月～ 3歳0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,540円	1歳0か月～ 2歳0か月に至るまで 5歳0か月～ 7歳0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,943円	1歳0か月～ 2歳0か月に至るまで 5歳0か月～ 7歳0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,943円	1歳0か月～ 2歳0か月に至るまで 5歳0か月～ 7歳0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加	9,405円	0歳6か月～ 7歳6か月に至るまで 9歳0か月～ 13歳0か月未満
	第2期		16歳0か月～ 20歳0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加	7,260円	0歳3か月～ 7歳6か月に至るまで
	第2期		11歳0か月～ 13歳0か月未満
HPV	2価・4価		16,786円
	9価		26,797円 小学6年生～高校1年生相当の女子***

\*但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\*但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\*但し、キャッチャップ接種対象者を含む。

予診のみ	委託料（税込み）	
	未就学児	就学児
	3,993円	3,168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5,214円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護受給者 8,214円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み） 3,168円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：白岡市 子育て支援課（高齢者用肺炎球菌以外） 電話：0480-92-1111（代）

健康増進課（高齢者用肺炎球菌） 電話：0480-92-1201

住所（共通）：〒349-0215 白岡市千駄野445番地（はびすしらおか内）

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

杉戸町

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）		対象年齢
		就学前	就学後	
ヒブ		9,504円		0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,035円		0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		7,781円		0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価)	15,378円		生後6週0日後～生後24週0日後まで
	ロタック(5価)	10,351円		生後6週0日後～生後32週0日後まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,660円	9,790円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円	11,110円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		11,165円		0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		9,900円		1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,320円		1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,745円		1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,778円		1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加	9,240円	7,370円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
	第2期		7,370円	9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加	7,260円	5,390円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第2期		5,390円	11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価		17,325円	小学6年生～高校1年生当の女子***
	9価		27,347円	

\*但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\*但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

\*\*\*但し、平成9年度～平成18年度生まれのキャッチャップ接種対象者を含む。

予診のみ	委託料（税込み）円	
	就学前	就学後
	4,048円	3,223円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 6,136円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 9,136円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み） 3,223円
------	-----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

※高齢者用肺炎球菌の請求の際、下記対象者は、予診票と併せて、次の書類も添付してください。

- ・対象年齢(2)：身体障害者手帳1級の写し又は医師の診断書
- ・生活保護受給者：生活保護受給証の写し又は生活保護受給証明書
- ・中国残留邦人等支援受給者：本人確認証の写し

問い合わせ先：杉戸町健康支援課（保健センター）  
住所：〒345-0024  
北葛飾郡杉戸町大字堤根4745-1  
電話：0480-34-1188

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 三郷市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ		10,384円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,640円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		8,173円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,090円 11,063円	出生6週0日後～出生24週0日後まで 出生6週0日後～出生32週0日後まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,770円 11,770円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円 12,980円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		11,330円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		10,560円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,210円 12,210円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,580円 8,580円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,635円 8,635円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	7歳6か月に至るまで 9,240円 9歳以上 8,410円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 14歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,260円 7,260円 6,430円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	18,035円 28,364円	小学校6年生～26歳相当の女子

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	委託料（税込み）2,910円
------	----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者  5,300円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者  昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者  8,300円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）2,910円
------	----------------

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：三郷市健康推進課
-----------------

住所：〒341-8501 三郷市花和田648-1
--------------------------

電話：048-930-7771（直通）
---------------------

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

吉川市

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	10,780円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	13,750円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	8,199円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) ロタテック(5価)	16,203円 11,176円 0歳6週に至った日の翌日～ 0歳24週に至る日の翌日まで 0歳6週に至った日の翌日～ 0歳32週に至る日の翌日まで
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	12,004円 12,004円 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,980円 12,980円 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	11,330円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	10,780円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,325円 12,325円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満(※1)
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,910円 8,910円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満(※1)
風しん単抗原	第1期 第2期	8,910円 8,910円 1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満(※1)
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	7歳6か月に至るまで 9,350円 9歳以上 7,095円 0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月～ 20歳 0か月に至るまで(※2) 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月～ 20歳 0か月未満(※2)
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加 第2期	7,191円 7,191円 4,936円 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 9価	17,088円 29,700円 小学6年生～高校1年生相当の女子(※3)

(※1) 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

(※2) 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

(※3) キヤッチャップ接種対象者を含む。

予診のみ 委託料（税込み）3,168円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 6,753円 (自己負担金 2,000円) ②生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 8,753円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和34年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ 委託料（税込み）3,168円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：吉川市健康長寿部健康増進課（吉川市保健センター） 住所：〒342-0055 吉川市吉川二丁目1番地13  
電話：048-982-9803

## 令和5年度定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ接種料金表

## 松伏町

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	10,384円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	13,750円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	8,023円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス(1価) 16,203円 ロタテック(5価) 11,176円	生後6週0日後～生後24週0日に至るまで 生後6週0日後～生後32週0日に至るまで
ポリオ単独（IPV）	第1期初回・追加	
4種混合（DPT-IPV）	第1期 (初回・追加) 12,980円	0歳 2か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG	11,330円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘	10,780円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期 12,485円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期 8,926円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期 8,926円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期 (初回・追加) 9,405円 第2期 7,150円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで 16歳(平成18年度生まれ)～ 20歳 0か月未満** 9歳 0か月～ 13歳 0か月未満 16歳(平成18年度生まれ)～ 20歳 0か月未満**
二種混合（DT）	第1期 (初回・追加) 7,260円 第2期 5,005円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価 16,775円 9価 29,700円	小学6年生(11歳)～高校1年生(16歳)相当の女子 高校2年生(17歳)相当～平成9年度生まれ(26歳相当)の女子

\* 但し、第2期は対象年齢内にあって、かつ小学校に入学する前年度の者に限ること。

\*\* 但し、予防接種実施規則等関係政省令で定める特例対象者で4回の接種が終わっていない者に限る。

予診のみ	委託料（税込み）3,168円
------	----------------

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
高齢者用肺炎球菌	①一般対象者 5,415円 (自己負担金 3,000円) ②生活保護・中国残留邦人等支援受給者 8,415円 (自己負担金 0円)	(1) 以下の者 昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生、昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生 昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生、昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生 昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生、昭和8年4月2日生～昭和9年4月1日生 昭和3年4月2日生～昭和4年4月1日生、大正12年4月2日生～大正13年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

予診のみ	委託料（税込み）3,168円
------	----------------

※高齢者用肺炎球菌について	1) 接種対象となる方には予診票等を送付します。過去に接種したことが無い方で予診票をお持ちでない場合は、ご本人から保健センターへ連絡するようご案内ください。 2) 請求時は、対象者が持参したハガキ通知（特別受診券含む）も報告書に添付してください。併せて、②に該当する方は生活保護受給証の写しや無料券（中国残留邦人等の支援受給者）を添付してください。
---------------	---

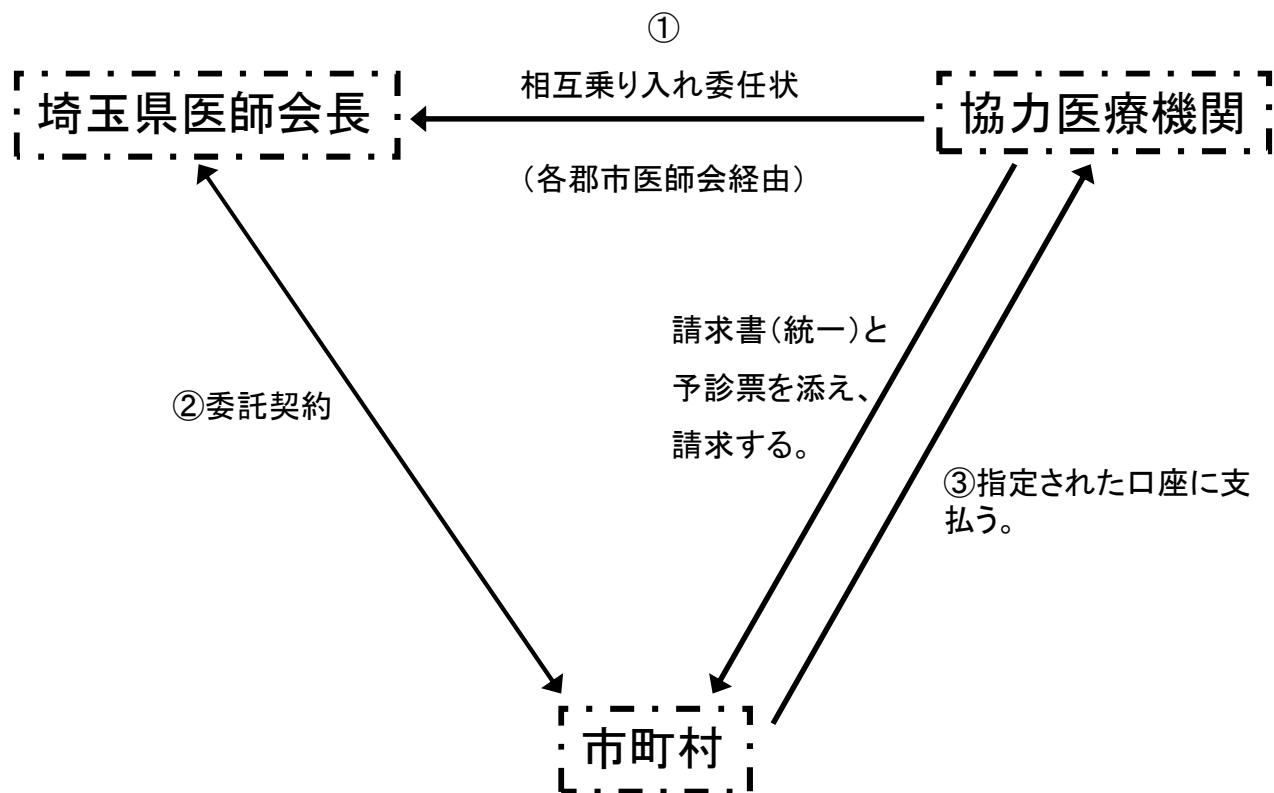
※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

問い合わせ先：松伏町保健センター

住所：〒343-0111 北葛飾郡 松伏町大字松伏428番地

電話：048-992-3100

## 住所地外予防接種相互乗り入れ実施方法

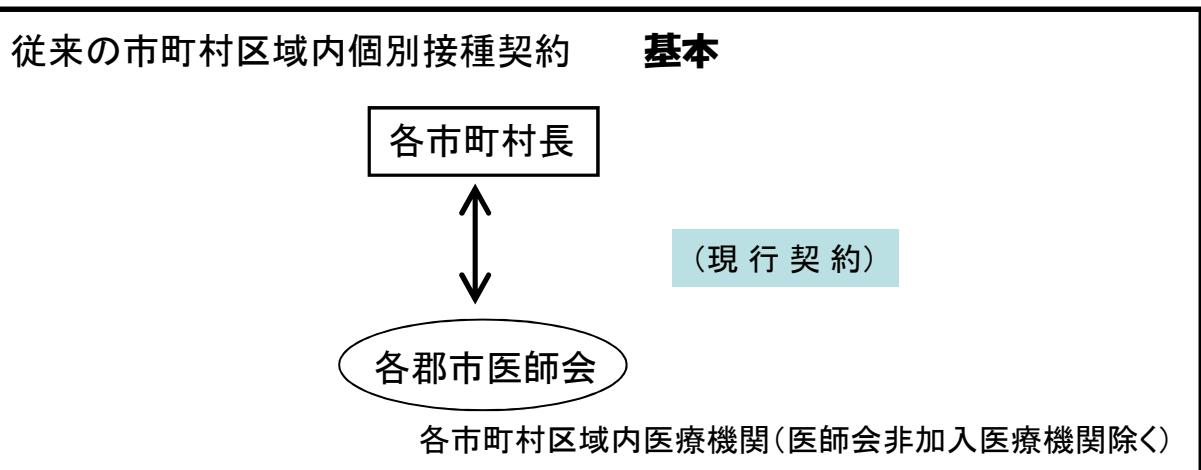
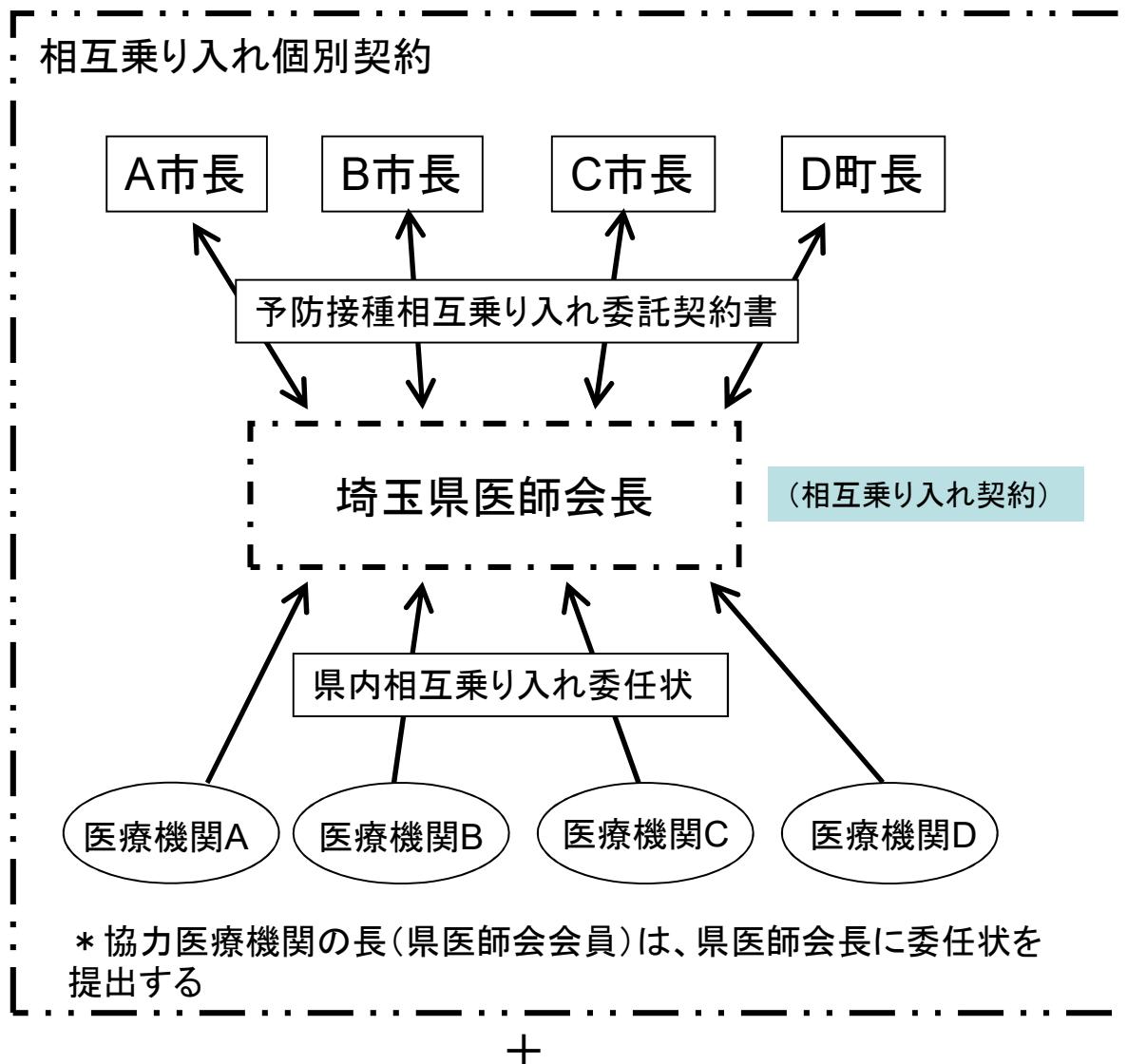


※請求書は県内乗り入れ用統一様式(様式2)とし、協力医療機関で用意する。

※協力医療機関に、契約市町村の予防接種委託料金表をあらかじめ配布しておき、  
これを元に請求書を作成する。

※請求書は、予診票と一緒に市町村へ契約書の定められた日までに送付する。

## 予防接種委託契約関係図



# 埼玉県住所地外定期予防接種(インフルエンザを除く) 相互乗り入れ実施要綱

## 1 目的

埼玉県住所地外定期予防接種相互乗り入れは、住所地以外の市町村における下記の埼玉県内居住者の接種を可能とし、利便性を図ることを目的として実施する。

- (1) かかりつけ医が他の市町村にいる場合
- (2) 里帰り出産等、実家などで接種を受けたい場合
- (3) 重症疾患児、超未熟児や先天性免疫不全等で主治医が他の市町村にいる場合
- (4) その他やむを得ない事情により接種機会を逃した場合

## 2 ワクチンの種類

- (1) 二種混合(DT)、麻しん風しん混合(MR)、麻しん単抗原、風しん単抗原、日本脳炎、BCG、不活化ポリオ単独(IPV)、四種混合(DPT-IPV)、ヒブ、小児用肺炎球菌、HPV、水痘、高齢者用肺炎球菌、B型肝炎、ロタウイルス
- (2) 予防接種相互乗り入れの際、ワクチンの製造販売業者の特定はしない。

## 3 委託料について

- (1) 個別接種料金は統一しない。相互乗り入れに協力する医師（以下、「接種協力医」という。）は、接種希望者が居住している市町村の設定している接種委託料にて接種を行う。
- (2) 集団接種を行っている市町村は、新たに住所地外での個別接種料金を設定する。
- (3) 委託料はワクチンを含めた額とする。
- (4) 市町村は、毎年度及び隨時、委託契約した金額の予防接種料金表を作成し、契約書に添えて一般社団法人埼玉県医師会（以下、「埼玉県医師会」という。）へ提出する。

## 4 契約について

- (1) 「住所地外定期予防接種(インフルエンザを除く)相互乗り入れ契約」は、各市町村長と埼玉県医師会会員医療機関等の長の代理人として一般社団法人埼玉県医師会長（以下、「埼玉県医師会長」という。）との間に交わるものであり、健康被害が生じた場合の協定も含まれる。
- (2) 契約書は、従来の市町村と医療機関（市町村医師会等）との「居住地契約」と共に、「住所地外定期予防接種(インフルエンザを除く)相互乗り入れ契約」の2種類を必要とし、対象年齢及び契約期間等の契約内容はそれぞれ同等程度でなければならない。  
ただし、集団接種を実施している市町村においては、個別接種に移行するのが望ましいが、当分の間は住民の利便性の観点から、新たに「住所地外相互乗り入れ専用個別接種料金」を設定するものとする。
- (3) 「住所地外定期予防接種(インフルエンザを除く)相互乗り入れ契約」は、埼玉県医師会長が市町村長と締結する。

- (4) 本相互乗り入れに参加する会員医療機関等（以下、「接種協力医療機関」という。）の長は、埼玉県医師会員でないとならない。
- (5) 相互乗り入れに賛同する接種協力医が所属する接種協力医療機関の長は、接種可能なワクチンを選択し、埼玉県医師会長に「委任状」（様式1-1）を提出する。また、委任状の内容に変更があった場合は「委任状変更届」（様式1-2）を、委任状を取り下げする場合は「委任状取り下げ申出書」（様式1-3）を速やかに埼玉県医師会長に提出する。  
なお、「委任状取り下げ申出書」の提出がない限り、毎年度自動更新されることとする。
- (6) 接種協力医は原則として埼玉県医師会員とする。ただし、勤務医に関しては、接種協力医療機関の長が推薦し、埼玉県医師会長が認めた者については、その限りではない。
- (7) 埼玉県医師会長は、毎年度、各市町村長との間に「住所地外定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ委託契約書」を交わすと同時に、「接種協力医師名簿」を作成し、接種協力医療機関及び市町村担当者が閲覧できるよう、埼玉県医師会ホームページ上に掲載する。
- (8) 埼玉県医師会長は、接種協力医療機関における接種可能な予防接種を、県民が閲覧できるよう、埼玉県医師会ホームページ上に掲載する。

## 5 委託料の請求方法

- (1) 接種協力医療機関は、契約書に定める日までに、毎月各市町村ごとに医師会統一の請求書（様式2）を発行する。
- (2) 請求書は、各接種協力医療機関で準備する。

接種協力医療機関は、住所地外定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れ契約に同意した市町村の予防接種料金を、配布した冊子及び埼玉県医師会ホームページ上にて確認し、これを元に請求書を作成し、予診票と一緒に市町村へ送付する。

## 6 実施方法

- (1) 市町村の依頼書は必要としない方式とする。
- (2) 予診票の様式は、接種対象者の居住地市町村のものを使用する。
- (3) 接種協力医療機関及び接種協力医は、接種の際は必ず健康保険証と母子健康手帳などで接種者の住所地の確認を行う。
- (4) 予防接種済の証明は、接種協力医が母子健康手帳に記載又は予防接種済証（様式3）を被接種者に交付するものとする。

## 7 事務処理

事務は、埼玉県医師会事務局が行う。

## 8 その他

- (1) 埼玉県における住所地外定期予防接種(インフルエンザを除く)相互乗り入れは県内全市町村一斉実施が望ましいが、本要綱に賛同した市町村とする。
- (2) 各市町村はこの契約の円滑な実施のため、予防接種健康被害調査委員会を設置する。

### 附則

この要綱は、平成24年2月21日から施行する。

### 附則

この要綱は、平成24年9月1日から施行する。ただし、2(1)の四種混合(DPT-I PV)に係る規定については、当該ワクチンが予防接種法に基づく定期予防接種の対象として導入される日から施行する。

### 附則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

### 附則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

### 附則

この要綱は、平成26年10月1日から施行する。

### 附則

この要綱は、平成28年10月1日から施行する。

### 附則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

### 附則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

### 附則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。ただし、2(1)のロタウイルスに係る規定については、当該ワクチンが予防接種法に基づく定期予防接種の対象として導入される日から施行する。

### 附則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

### 附則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

## 埼玉県住所地外定期予防接種（インフルエンザ除く）相互乗り入れ委託契約書

埼玉県○○市町村（以下「甲」という。）と一般社団法人埼玉県医師会（以下「乙」という。）とは、予防接種の対象者が、甲の区域外（埼玉県の区域内に限る。以下「住所地外市町村区域」という。）において、予防接種を円滑に受けることができるようにするため、次のとおり委託契約を締結する。

この場合、乙の長たる埼玉県医師会長は、乙の会員で接種協力医療機関の長の代理人として契約を締結するものとする。

### （定義）

第1条 本契約において「予防接種」とは、予防接種法第5条第1項に規定する予防接種及び同法第6条により実施する予防接種をいう。

2 本契約において「埼玉県住所地外定期予防接種（インフルエンザを除く）」（以下、「住所地外定期予防接種」という。）とは、甲の住民のうち、次の各号に掲げる者が、住所地外市町村区域においてインフルエンザを除く定期予防接種を希望する場合において、接種協力医療機関において接種協力医が行う予防接種をいう。

- （1）かかりつけ医が住所地外市町村区域にいる者
- （2）里帰り出産等で一時的に住所地外市町村区域に居所を置いている者
- （3）重症疾患児、超未熟児及び先天性免疫不全等であって、主治医が住所地外市町村区域にいる者
- （4）その他やむを得ない事情により接種機会を逃した者

3 本契約において「接種協力医療機関」とは、埼玉県医師会の会員たる医療機関のうち、住所地外定期予防接種に協力することをあらかじめ乙に対し承諾し、かつ契約の権限を乙に委任した医療機関等をいい、「接種協力医」とは、埼玉県医師会の会員たる医師のうち、住所地外定期予防接種に協力することをあらかじめ乙に対し承諾し、かつ契約の権限を乙に委任した者をいう。

### （委託業務）

第2条 甲は、住所地外定期予防接種に関する業務の実施を乙に委託し、乙はこれを受託する。

2 接種協力医が前項の業務を行うに当たっては、開設または所属する接種協力医療機関において、個別接種の方法により行うものとする。

3 乙は、第1項の業務が円滑に実施されるよう接種協力医療機関の指揮監督に努めなければならない。

4 接種協力医療機関の長は、業務の実施に当たっては、医療機関の名称、開設者及び接種協力医の氏名並びに実施する予防接種の種類を乙に通知するものとする。当該事項に変更があった場合も速やかに乙に通知するものとする。

5 乙は、前項の規定により通知のあった事項について甲に掲示するものとする。

### （信義誠実の義務）

第3条 甲、乙及び接種協力医は、信義に従い、誠実にこの契約に定める条項を履行しなければならない。

### （委託業務の実施）

第4条 甲が第2条の規定に基づき委託する業務の内容は、次のとおりとする。

- （1）接種対象者の確認
- （2）予診

- (3) ワクチンの接種
  - (4) 母子健康手帳への記載及び予防接種済証の交付
  - (5) その他予防接種業務を行うために必要なこと
- 2 接種可能なワクチンは、予防接種法施行令第3条に係る次のワクチンとする。
- (1) 二種混合 (D T)
  - (2) 麻しん風しん混合 (MR)
  - (3) 麻しん単抗原
  - (4) 風しん単抗原
  - (5) 日本脳炎
  - (6) B C G
  - (7) 不活化ポリオ単独 (I P V)
  - (8) 四種混合 (D P T - I P V)
  - (9) ヒブ
  - (10) 小児用肺炎球菌
  - (11) ヒトパピローマウイルス (H P V)
  - (12) 水痘
  - (13) 高齢者用肺炎球菌
  - (14) B型肝炎
  - (15) ロタウイルス
- 3 接種協力医療機関は、住所地外定期予防接種の希望者から申し込みがあったときは、住所地等所要事項を確認の上、接種を行うものとする。この場合において、甲は、接種協力医療機関に対し予防接種依頼書の交付は行わないものとする。

#### (委託料)

第5条 業務の委託料（以下「委託料」という。）の額は、別紙のとおりとする。

- 2 委託料の額は、甲の定める単価（以下「居住地単価」という。）とする。

#### (委託料の支払い)

第6条 接種協力医療機関は、前条に定める委託料を請求しようとするときは、住所地外定期予防接種を実施した月ごとに取りまとめ、原則として当該実施した翌月の15日（年度末にあつては翌月の5日）までに、別紙様式による予防接種委託料請求書（以下「請求書」という。）に予診票を添えて、直接、甲に提出するものとする。

- 2 甲は、請求書を受理したときは、その内容を審査するものとする。
- 3 前項の審査の結果、当該請求書を適正と認めるときは、甲は、請求を受理した日の属する月の翌月末日までに委託料を接種協力医療機関に支払うものとする。

#### (関係法令等の遵守)

第7条 業務の実施をするに当たっては、予防接種法、その他の関係法令及び「埼玉県住所地外定期予防接種（インフルエンザを除く）乗り入れ実施要綱」を遵守するものとする。

#### (予防接種健康被害に対する措置)

- 第8条 本契約に基づいて接種協力医が実施した予防接種により被接種者に健康被害が生じた場合は、甲が被接種者との折衝その他の処理にあたるものとする。
- 2 前項の場合において、甲は、被接種者の健康被害に対する救済措置を講じると共に、被接種者に生じた損失を補償するものとする。
- 3 前項の規定において、甲が損失の補償を行う場合は、当該損失の発生につき接種協力医に故

意又は重大な過失がある場合を除くほか、甲は接種協力医に対する求償権を有しない。

(健康被害への対応)

第9条 前条に規定する場合における甲の対応については、甲が設置する予防接種健康被害調査委員会の所掌に属するものほか、甲は、乙及び接種協力医療機関の開設者または接種協力医と協議し対応するものとする。

(個人情報の保護)

第10条 乙及び接種協力医は、委託業務について知り得た個人情報をみだりに他に漏らしてはならない。委託業務終了後も同様とする。

2 接種協力医は、本契約による業務を処理するため甲から引き渡された「予診票」をき損又は損失することのないよう、個人情報を安全かつ適正に管理しなければならない。万が一、このような場合が発生した場合は、直ちに甲及び乙に報告し、両者の指示に従わなければならない。

(契約の解除)

第11条 甲は、接種協力医療機関がその責めに帰すべき理由によりこの契約に定める義務を履行しないとき、又は予算の都合その他やむを得ない理由があるときは、本契約を解除することができる。この場合において、甲は1ヵ月前までに乙にその旨を文書で通知するものとする。

2 前項の規定による契約の解除により損害を受けた場合であっても、甲はその損害の責めを負わない。

(契約期間)

第12条 本契約の有効期間は、令和5年4月1日から翌年3月31日までとする。

(協議)

第13条 本契約書に定めのない事項について約定する必要が生じたとき、又は本契約書に約定する事項について疑義があるときは、その都度相互に信義誠実の原則に基づいて甲、乙が協議して定めるものとする。

本契約が成立したことを証するため、本契約書2通を作成し、甲、乙それぞれ1通を所持するものとする。

令和5年4月1日

甲 ○○市町村  
○○市町村長 ○○ ○○ (印)

乙 さいたま市浦和区仲町3丁目5番1号  
一般社団法人埼玉県医師会  
会長 金井 忠男 (印)

**住所地外定期予防接種  
(インフルエンザを除く)相互乗り入れ**

**QアンドA**

**(令和5年度)**

**接種協力医、市町村職員用**

**埼玉県医師会・埼玉県**

## **< 接種協力医・市町村共通 >**

### **Q1：住所地外定期予防接種は、どのような人が対象となるのですか？**

法律で定められた予防接種は、「……市町村の区域内に居住するものであって、政令で定めるものに対し……予防接種を行わなければならぬ。」とされています。

このような規定の中で、埼玉県では次に該当する方に対し、住所地外定期予防接種協力医師（以下、「接種協力医」という。）により、住所地外においても接種できる体制を整えました。

- (1) かかりつけ医が住所地外の接種協力医である場合
- (2) 里帰り出産等、実家などで接種を受けたい場合
- (3) 重症疾患児、超未熟児や先天性免疫不全等で主治医が接種協力医である場合
- (4) その他やむを得ない事情により接種機会を逃した場合

### **Q2：埼玉県では住所地外で定期の予防接種を行う場合、どのような予防接種が対象となりますか？**

予防接種法上のA・B類疾病に位置付けられている（高齢者インフルエンザは契約期間が通年ではないため、別契約）ものが対象となります。具体的には、二種混合（DT）、麻しん風しん混合、麻しん単抗原、風しん単抗原、日本脳炎、B C G（結核）、不活化ポリオ単独、四種混合、HPV、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘、高齢者用肺炎球菌、B型肝炎、ロタウイルスが対象となります。

ただし、医療機関によって接種できる予防接種の種類は異なります。

### **Q3：いつから、どこで受けられるのですか？**

住所地外定期予防接種は、この制度に参加する市町村と委任状を提出した接種協力医の代理人である県医師会長とが契約を結びます。契約書には契約期間が明記されており、この期間内であれば接種協力医のもとで予防接種を受けることができます。契約手続完了後、県医師会事務局から市町村には契約書を、接種協力医には埼玉県住所地外定期予防接種相互乗り入れ料金表等一覧（HP上にても公開）が送付されますので、接種協力医は、これを元に市町村外の住民に対し、従来の予防接種と同様に接種をしていただことになります。

## **Q4：なぜ、住所地外定期予防接種相互乗り入れを行なうのですか？**

少子高齢社会を迎えるにあたり、健康意識の高まりとともに、かかりつけ医等を住所地外の市町村に持つ住民が多くなり、こどもを持つ保護者の方や予防接種を希望する住民から、要望が多く寄せられるようになりました。

そのため、住民が安心して予防接種が受けられるよう、市町村と接種協力医が連携して接種できる体制を整備しました。

## **Q5：他県でも定期予防接種の相互乗り入れは行われているのですか？**

他県でも行われています。

一部市町村間の相互乗り入れ体制は、東京都等で行われています。

全県的住所地外定期予防接種相互乗り入れは、千葉県や群馬県等で実施されています。

## **Q6：「住所地外定期相互乗り入れ予防接種」とは、どのような契約方法なのですか。**

各市町村長と埼玉県医師会会員医療機関等の長の代理人である埼玉県医師会長との間に委託契約を締結します。

埼玉県医師会長は、それぞれの市町村長と契約を結ぶことになります。

## **Q7：県内の住所地外定期予防接種が受けられる医療機関は教えていただけますか？**

埼玉県医師会ホームページ上に公開されます。市町村及び接種協力医のみではなく、住民も閲覧できます。

市町村及び接種協力医の閲覧用パスワードはこの料金表等一覧のトップページに記載されています。

**埼玉県医師会 HP <https://www.saitama.med.or.jp/>**

## **Q8：接種料金はどのようになるのですか。**

個別接種料金は、接種希望者が居住している市町村の設定している接種委託料となります。（居住地料金）

## **Q9：接種料金が市町村によって違いますが、それでも接種していただけるのですか？**

そのとおりです。

予防接種の費用については一部国庫補助がありますが、残りは市町村がそれぞれの財源によって支出されていることから、接種料金は統一ができません。

住所地外定期予防接種相互乗り入れについては、市町村によって接種料金が違うことに対し理解をし、かつ、住民の利便性を優先するという目的に対し協力をいただける接種協力医により、実施するものです。

## **Q10：委託料の請求方法はどのようになりますか？**

各接種協力医は、県医師会事務局が作成した「埼玉県住所地外定期予防接種相互乗り入れ料金表等一覧」（HP 上にても公開）に基づき、月ごとに契約書に定めた日までに医師会統一の請求書を作成し、予診票を添えて被接種者の居住している市町村に送付します。

各市町村は、契約書に定めた期日までに医療機関の口座に委託料を振り込んでいただくことになります。

## **Q11：住所地外で定期の予防接種を希望する場合は依頼書や予診票はどうなるのですか？**

予防接種を希望される場合

- (1) 市町村の依頼書は、必要としません。
- (2) 予診票は、居住地のものを持参してください。
- (3) 接種協力医は、接種の際は、必ず健康保険証や母子健康手帳等で住所地の確認を行ってください。

## **Q12: 日本脳炎など市町村によって接種対象年齢が違いますが、この場合はどのように対応したらよいですか。**

原則として、居住地の接種条件に基づき接種していただくことになります。

この場合、各接種協力医は各市町村の接種料金表に対象年齢が記載されていますので、これに基づき接種してください。

法令で規定されている接種対象年齢の範囲内にあって、やむを得ない事情により、市町村が接種料金表で設定する対象年齢を逸してしまっている場合については、被接種者の居住市町村の保健センターに御相談ください。（「埼玉県住所地外定期予防接種相互乗り入れ料金表等一覧」中の連絡先参照）

## **Q13: ワクチンは契約金額に含まれているのですか？**

ワクチンは各接種協力医療機関で用意をしていただいたものを使用し、ワクチン代は契約金額に含まれます。

ワクチン代を別に契約している市町村は、ワクチンを含んだ金額を設定してください。

## **Q14: 県医師会長と全ての市町村（最大63市町村）と契約を結ぶ場合、市町村によって、違う部分又は注意する部分はなんですか？**

違う部分は、接種料金と対象年齢です。

接種するワクチン、健康被害発生時の対応等についての契約内容は皆同じになります。

## **Q15: 予防接種済の証明はどのようにしたらよいですか？**

乳幼児等の定期の予防接種については、予防接種実施要領、予防接種ガイドラインにあるように母子健康手帳に予防接種の種類、接種年月日、ロット番号、接種量等を記載します。

母子健康手帳を忘れた場合は、予防接種済証（様式3）に必要事項をご記入のうえ、医療機関の長の印を押し、発行してください。

市町村によっては、予診票の後ろに予防接種済証の様式がついている場合があります。その場合は指定された様式に記入して被接種者にお渡しください。

**Q16: 長期にわたる疾病等のため定期接種を受けられなかった者(平成25年1月30日付け予防接種法施行令一部改正の該当者)について、相互乗り入れを利用して接種することができますか。**

接種可能です。

この場合の接種料金については、接種時の実年齢に関わらず長期療養がなかった場合（本来接種していたはず）の年齢に合わせて請求してください。

**Q17: 同時接種を行った場合の接種料金については、どのようにになりますか。また、同時接種を行う予定で受診したが、予診のみで接種を行わなかった場合の料金についてはどのようにになりますか。**

同時接種を行った場合の料金について、相互乗り入れ制度では、料金表で定められた該当ワクチンの委託料を合計してください。

また、同時接種を予定していたが接種を行わなかった場合の料金について、相互乗り入れ制度では、予定していたワクチンの数に関わらず料金表で定められた予診のみの委託料を1回分請求してください。

### < 接種協力医 >

**Q18: 接種協力医はどのような手続が必要ですか？**

住所地外定期予防接種相互乗り入れ契約に協力する医師会員等は、県医師会長に医師会所定の委任状等を接種協力医療機関の長名にて提出します。

**Q19: 市町村が住所地外定期予防接種相互乗り入れに参画していないが、同市町村内の医療機関が接種協力医として委任状を提出している場合は、この制度による予防接種を実施できますか。**

接種協力医は、他の市町村と医師会長が契約を締結しているので、乗り入れに参加している市町村の住民に対しては、予防接種を実施することができます。

乗り入れに参加していない市町村の住民は、他市町村で接種できません。

## **Q20：接種協力医が住所地外の市町村において集団接種はできますか？**

できません。

契約には、「接種協力医が前項の業務を行うに当たっては、開設または所属する接種協力医療機関において、個別接種の方法により行うものとする」となっています。

## **Q21：県医師会員でない医療機関は、接種協力医になれますか？**

県医師会会員医療機関に限られます。

医師会に加入していない住所地外の医療機関とは、市町村それぞれ単独で契約を結ぶか依頼書による接種をお願いする形になります。

## **Q22：子宮頸がん予防ワクチンだけしか予防接種を実施していない医療機関は住所地外定期予防接種相互乗り入れに参加できますか？**

参加できます。

平成25年度からは、予防接種法上の定期接種（インフルエンザを除く）に位置付けられているいづれかの予防接種を実施している医療機関であれば参加できることとしています。

## **Q23：副反応報告書はどこに提出すればよいですか？**

副反応報告については、平成26年11月25日から報告ルートが変更となりました。医療機関から、（独）医薬品医療機器総合機構安全第一部安全性情報課へ直接FAX（0120-176-146）で報告書を送付してください。

## < 市町村 >

### **Q24: 契約書の条件はありますか？**

契約は、原則として市町村と医療機関（市町村医師会等）との従来行っている「居住地契約書」と共に、「住所地外定期予防接種相互乗り入れ委託契約書」の2種類を必要とします。

つまり、相互乗り入れ契約は、従来の市町村内での契約と原則として同等であることが条件です。

ただし、集団接種を実施している市町村においては、できるだけ個別接種に移行するのが望ましいが、当分の間は住民の利便性の観点から、新たに「住所地外定期相互乗り入れ専用個別接種料金」を設定するものとします。

### **Q25: 集団接種を行っている市町村は、個別接種料金を設定しないと住所地外小児予防接種相互乗り入れには参加できないですか？**

できません。

本来は、市町村内において、個別接種の体制を整えてから住所地外定期予防接種相互乗り入れの契約を行っていただきたいのですが、当分の間は、個別接種料金を設定していただき相互乗り入れ体制を整えていただきたいと思います。

### **Q26: 住所地外定期予防接種相互乗り入れを実施していない市町村の場合はどうしたらよいですか？**

従来同様、「依頼書」を市町村から発行していただき接種を行ってください。

### **Q27: 予防接種健康被害調査委員会を設置していない市町村は住所地外定期予防接種相互乗り入れに参加できますか？**

できません。

予防接種による健康被害が出た場合は、対応がすぐ図れるよう市町村において要綱等の設置の整備を整えてからの参加をお願いします。

# 各 種 様 式

※県医師会 HP (<https://www.saitama.med.or.jp>) にも  
掲載しております。ダウンロードしてご使用ください。

【ユーザー名 : saitamaken パスワード : noriire11】

## 委 任 状

令和 年 月 日

一般社団法人埼玉県医師会長 様

医療機関名  
所 在 地  
電 話 番 号  
施 設 長 名

当該医療機関に所属する下記の者は、一般社団法人埼玉県医師会長を代理人と定め、以下の予防接種のうち、実施欄に○の付いているものに係る委託契約を締結する権限を委任します。

記

実施欄	予防接種の種類
	二種混合 (D T)
	麻しん風しん混合 (MR)
	麻しん単抗原
	風しん単抗原
	日本脳炎
	BCG
	不活化ポリオ単独 (IPV)

実施欄	予防接種の種類
	四種混合 (DPT-IPV)
	ヒブ
	小児用肺炎球菌
	HPV
	水痘
	高齢者用肺炎球菌
	B型肝炎
	ロタウイルス

委託契約実施期間

令和 年 月 日 から 令和6年3月31日 までとする。

※なお実施要綱4(5)により委任取り下げの申し出が無い限り、委託契約は毎年更新されるものとする

★協力医療機関名の埼玉県医師会ホームページ(一般人用)への掲載 可・否

当該医療機関に所属する医師(原則として医師会員とする)

No.	氏名	No.	氏名	No.	氏名
1		4		7	
2		5		8	
3		6		9	

※ 施設長が協力医として協力いただける場合、名簿欄にも記載ください。

※ 書ききれない場合は、裏面に記入して下さい。

※ 委任状の内容に変更が生じた場合には、速やかに変更届を提出してください。

\*埼玉県医師会\*

※都市医師会精査欄 医師会名 \_\_\_\_\_

□ (レ点)

(表)

## 委任状変更届

令和 年 月 日

一般社団法人埼玉県医師会長様

医療機関名

所在地

電話番号

施設長名

当該医療機関が貴会に提出した住所地外定期予防接種（インフルエンザを除く）相互乗り入れにかかる委任状の下記事項について変更願います。

記

下記変更事項に□の上、変更箇所をご記入ください。

## □ 1. 医療機関名（法人名の変更は除く）、所在地

変更前

医療機関名  
所在地 〒

変更後

〒

## □ 2. 実施予防接種の種類

変更前

実施欄	予防接種種類	実施欄	予防接種種類
	二種混合(D T)		ヒブ
	麻しん風しん混合(M R)		小児用肺炎球菌
	麻しん単抗原		HPV
	風しん単抗原		水痘
	日本脳炎		高齢者用肺炎球菌
	B C G		B 型肝炎
	不活化ポリオ単独(I P V)		ロタウイルス
	四種混合(D P T - I P V)		

変更後

実施欄	予防接種種類	実施欄	予防接種種類
	二種混合(D T)		ヒブ
	麻しん風しん混合(M R)		小児用肺炎球菌
	麻しん単抗原		HPV
	風しん単抗原		水痘
	日本脳炎		高齢者用肺炎球菌
	B C G		B 型肝炎
	不活化ポリオ単独(I P V)		ロタウイルス
	四種混合(D P T - I P V)		

## □ 3. 接種協力医師

No.	氏名	該当するものに○	No.	氏名	該当するものに○
1		削除・追加	4		削除・追加
2		削除・追加	5		削除・追加
3		削除・追加	6		削除・追加

※書ききれない場合は、裏面にご記入下さい。※登録は原則として医師会会員とする。

★協力医療機関名の埼玉県医師会ホームページ（一般人用）への掲載 可・否

\*埼玉県医師会\*

※都市医師会精査欄 医師会名 \_\_\_\_\_

□ (レ点)

## 委任状取り下げ申出書

令和 年 月 日

一般社団法人埼玉県医師会長 様

医療機関名  
所 在 地  
電 話 番 号  
施 設 長 名

当該医療機関が貴会に提出した住所地外定期予防接種（インフルエンザを除く）  
相互乗り入れにかかる委任状を取り下げていただきますようお願い申し上げます。

\*埼玉県医師会\*

※都市医師会精査欄 医師会名 \_\_\_\_\_

(レ点)

## 予防接種相互乗り入れ委託料請求書

## 請求金額 金 円

令和 年 月分の予防接種相互乗り入れ委託料として、別紙予診表を添えて  
請求いたします。

## 内 訳

項目 (予防接種の種類)	件 数 (件)	単 価 (円)	金 額 (円)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
予診のみ			
合 計			

令和 年 月 日

市町村長

医療機関名

所 在 地

電 話 番 号

施 設 長 名

印

## 口 座 振 替 (振込先)

信 用 金 庫	支 店	口 座 番 号 (普 · 当)
銀 行 、 組 合	支 所	
(フ リ ガ ナ)		
口 座 名 義		

\*埼玉県医師会\*

No.\_\_\_\_\_

予防接種済証（第\_\_\_\_\_期）

住所  
氏名

年 月 日 生

予防接種を行った年月日

第 回 年 月 日  
第 回 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

所 在 地

電 話 番 号

施 設 長 名



※必ず医療機関の長の印を押してください。