

平成28年度

埼玉県住所地外

定期予防接種（インフルエンザを除く）

相互乗り入れ料金表等一覧

一般社団法人 埼玉県医師会

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

平成28年度住所外定期予防接種(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	2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	○

予防接種料金 掲載ページ	市町村名	2次保健 医療圏名	参加状況
39	横瀬町	秩父	○
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

69～73ページ 相互乗り入れ委託契約書

74～83ページ 相互乗り入れQ&A

(コピーしてお使いください)

84～91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

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期 （初回・追加）	5,560円	0歳 3カ月～ 6歳 0カ月未満
		4,750円	6歳 0カ月～ 7歳 6カ月未満
二種混合 （DT）	第1期 （初回・追加）	5,450円	0歳 3カ月～ 6歳 0カ月未満
		4,640円	6歳 0カ月～ 7歳 6カ月未満
	第2期	4,640円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期 （初回・追加）	10,090円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月未満
4種混合 （DPT-IPV）	第1期 （初回・追加）	11,230円	0歳 3カ月～ 6歳 0カ月未満
		10,420円	6歳 0カ月～ 7歳 6カ月未満
麻しん風しん混合	第1期	10,580円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月未満
	第2期	9,770円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満
麻しん単抗原	第1期	7,070円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月未満
	第2期	6,260円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満
風しん単抗原	第1期	7,080円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月未満
	第2期	6,270円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満
日本脳炎	第1期 （初回・追加）	7,560円	0歳 6カ月～ 6歳 0カ月未満
		6,750円	6歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
	第2期	6,750円	9歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		7,290円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月未満
子宮頸がん		16,360円	小学校6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		8,680円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月未満
小児用肺炎球菌		11,980円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月未満
水痘		8,910円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月未満

*但し、第2期は対象年齢内であって、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） 2,800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 3,240円 （自己負担金 4,730円）	（1）以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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 7,970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予防対策課
住所：〒338-0013
さいたま市中央区鈴谷7-5-12
電話：048-840-2211

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,700円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,700円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	7,700円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,700円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	7,100円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,100円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	10,100円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	11,300円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,300円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,300円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,300円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,700円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,700円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,700円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,700円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	9,300円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,600円 (7歳6カ月未満)	
	第2期	8,600円 (7歳6カ月以上)	7歳 6カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		9,400円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
			9歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
子宮頸がん		17,500円	1歳 0カ月に至るまで
ヒブ		7,500円	小学6年生相当～高校1年生相当の女子
小児用肺炎球菌		10,700円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		9,000円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月未満

*但し、第2期は対象年齢内にあつて、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）	
	6歳未満	2,500円
	6歳以上	1,800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 3,200円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等支援受給者 8,200円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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） 1,800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。

※高齢者用肺炎球菌では、生活保護受給者は受給証の写し、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、あるいは医師の診断書を添付してください。

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
川越市小ヶ谷817-1
電話：049-229-4123

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	8,110円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,110円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	7,328円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,328円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	5,114円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,501円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,501円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,635円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,635円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,663円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	10,259円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,639円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,235円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,650円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,246円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	7,775円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,775円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
日本脳炎	第1期初回	6,965円	7歳 6カ月～ 20歳 0カ月未満**
	第1期追加	6,965円	（第2期は9歳以上の者）
	第2期	6,965円	
BCG		9,179円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,361円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子
ヒブ		10,086円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,391円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,475円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月未満

*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。

予診のみ

委託料（税込み） 3,045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 5,517円 （自己負担金 3,000円）	（1）以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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 8,517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） 3,045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

住所：〒335-0022

戸田市大字上戸田5番地の6

電話：048-446-6479

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	8,110円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,110円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	7,328円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,328円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	5,114円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,501円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,501円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,635円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,635円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,663円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	10,259円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,639円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,235円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,650円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,246円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	7,775円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	（7歳6カ月に至るまで） 6,965円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで**
	第2期	（7歳6カ月以上）	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満 4歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		9,179円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,361円	12歳～ 16歳相当の女子
ヒブ		10,086円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,391円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,475円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月未満

* 但し、第2期は対象年齢内にあつて、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） 3,045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 3,517円 （自己負担金 5,000円）	（1）以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護・非課税対象者 8,517円 （自己負担金 0円）	（2）60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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） 3,045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：蕨市保健センター

住所：〒335-0001

蕨市北町2-12-15

電話：048-431-5590

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,182円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,182円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	7,020円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,020円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	4,806円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,098円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	10,098円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,636円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,636円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,150円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	10,746円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,640円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,236円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,650円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,246円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	7,722円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,722円	7歳 6カ月～ 20歳 0カ月未満**
	第2期	6,912円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
			13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,856円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,841円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子
ヒブ		10,087円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,392円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,476円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月未満

* 但し、第2期は対象年齢内において、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）	3,045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 3,517円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護 8,517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）	3,045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：川口市保健センター

住所：〒332-0026

川口市南町 1-9-20

電話：048-256-2022

平成28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
三種混合（DPT）	第1期	7,117円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合（DT）	第1期 第2期	6,890円 4,676円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで 11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独（IPV）	第1期	11,372円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合（DPT-IPV）	第1期	12,506円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,020円 10,616円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで 5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,510円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで 5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,521円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで 5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	8,294円 (7歳6か月に至るまで) 7,484円 (7歳6か月以上)	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで 9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,726円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,232円	小学校6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,957円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,262円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,346円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月未満

*但し、第2期は対象年齢内にあつて、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） 3,240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 5,388円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者・中国残留邦人等支援受給者 8,388円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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（身体障害1級に相当する方）

予診のみ

委託料（税込み） 2,916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。

- ・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 … 障害者手帳の写し

※請求の際は、振込先の銀行名・支店名・口座番号等の確認出来るもの（通帳、キャッシュカード等）のコピーを必ず添付してください。

問い合わせ先：朝霞市健康づくり課（保健センター）

住所：〒351-0011 朝霞市本町1-7-3

電話：048-465-8611

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,117円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,117円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,890円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	（7歳6か月未満） 4,676円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	（7歳6か月以上）	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,372円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,372円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,506円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,506円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,020円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	10,616円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,510円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,510円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,521円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,521円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,294円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	（7歳6か月未満） 7,484円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
	第2期	（7歳6か月以上）	13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,726円	生後1歳に至るまで
子宮頸がん		16,232円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,957円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,262円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,346円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月未満

*但し、第2期は対象年齢内であって、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） 3,240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 5,388円 （自己負担金 3,000円）	（1）以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等支援受給者 8,388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） 2,916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：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

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,117円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,117円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,890円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,890円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	4,676円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,372円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,372円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,506円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,506円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,020円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	10,616円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,510円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,510円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,521円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,521円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,294円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,294円	7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで**
	第2期	7,484円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
			13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,726円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,232円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,957円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,262円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,346円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月未満

* 但し、第2期は対象年齢内であって、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） 3,240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 5,388円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6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 8,388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） 2,916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

電話：048-465-0311

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,117円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,117円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,890円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,890円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	4,676円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,372円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,372円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,506円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,506円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,020円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	10,616円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,510円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,510円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,521円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,521円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,294円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	(7歳6カ月に至るまで) 7,484円	7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで**
	第2期	(7歳6カ月～)	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
			13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,726円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,232円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,957円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,262円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,346円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月に至るまで

*但し、第2期は対象年齢内であって、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）3,240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 5,388円 (自己負担金3,000円)	(1)以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等支 援受給者 8,388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）2,916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：新座市保健センター

住所：〒352-0024

新座市道場2-14-4

電話：048-481-2211

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	9,694 円	3 カ月 ～ 7 歳 6 カ月に至るまで
	第1期追加	9,694 円	3 カ月 ～ 7 歳 6 カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	9,694 円	3 カ月 ～ 7 歳 6 カ月に至るまで
	第1期追加	9,694 円	3 カ月 ～ 7 歳 6 カ月に至るまで
	第2期	9,694 円	11 歳 ～ 13 歳未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,182 円	3 カ月 ～ 7 歳 6 カ月に至るまで
	第1期追加	10,182 円	3 カ月 ～ 7 歳 6 カ月に至るまで
4 種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,857 円	3 カ月 ～ 7 歳 6 カ月に至るまで
	第1期追加	12,857 円	3 カ月 ～ 7 歳 6 カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,879 円	1 歳 0 カ月 ～ 2 歳 0 カ月に至るまで
	第2期	11,879 円	5 歳 0 カ月 ～ 7 歳 0 カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	9,694 円	1 歳 0 カ月 ～ 2 歳 0 カ月に至るまで
	第2期	9,694 円	5 歳 0 カ月 ～ 7 歳 0 カ月未満*
風しん単抗原	第1期	9,694 円	1 歳 0 カ月 ～ 2 歳 0 カ月に至るまで
	第2期	9,694 円	5 歳 0 カ月 ～ 7 歳 0 カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	9,694 円	6 カ月 ～ 7 歳 6 カ月に至るまで 7 歳 6 カ月 ～ 20 歳 0 カ月未満**
	第1期追加	9,694 円	6 カ月 ～ 7 歳 6 カ月に至るまで 7 歳 6 カ月 ～ 20 歳 0 カ月未満**
	第2期	9,694 円	9 歳 0 カ月 ～ 13 歳 0 カ月未満 13 歳 0 カ月 ～ 20 歳 0 カ月未満**
BCG		9,992 円	0 カ月 ～ 1 歳 0 カ月に至るまで
子宮頸がん		16,457 円	小学6年生 ～ 高校1年生相当の女子
ヒブ		9,154 円	2 カ月 ～ 5 歳 0 カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		11,622 円	2 カ月 ～ 5 歳 0 カ月に至るまで
水痘		9,154 円	12 カ月 ～ 3 歳 0 カ月未満

* 但し、第2期は対象年齢内にあつて、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）	5,513 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 3,228 円 (自己負担金 5,000 円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	② 生活保護受給者・ 中国残留邦人等支援受給者 8,228 円 (自己負担金 0 円)	(2) 60 歳以上 65 歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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）	2,921 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（上尾市東保健センター内）
住所：〒362-0015
上尾市緑丘 2-1-27
電話：048-774-1414

平成28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（税込み）	対 象 年 齢
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,850円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,850円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	7,830円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,830円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	5,880円	11歳 0カ月～13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	12,310円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,310円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	13,440円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	13,440円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,290円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	12,290円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,920円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,920円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,920円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,920円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加	7歳6カ月に至るまで 9,880円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで 7歳 6カ月～20歳 0カ月に至るまで**
		7歳6カ月以上 7,930円	
	第2期	7,930円	9歳 0カ月～13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～20歳 0カ月未満**
BCG		9,660円	0歳 3カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,440円	小学校6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		10,890円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		14,200円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		11,280円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月未満

*但し、第2期は対象年齢内であって、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）
6歳未満	4,010円
6歳以上	3,700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 5,741円 (自己負担金 2,500円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者 8,241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の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）2,921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：伊奈町健康増進課

住所：〒362-0806

北足立郡伊奈町小室5161

電話：048-720-5000

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,517円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,517円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	5,886円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	5,886円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	5,886円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,772円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,772円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,906円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,906円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,474円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	12,474円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,942円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,942円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,942円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,942円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	7歳6カ月に至るまで 9,396円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7歳6カ月超 7,992円	7歳 6カ月超～ 20歳 0カ月未満**
	第2期	7,992円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		9,828円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,442円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		10,357円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,662円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,746円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月に至るまで

*但し、第2期は対象年齢内にあつて、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（税込み）	4,011円
	6歳以上	委託料（税込み）	3,703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 5,801円 (自己負担金 2,500円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者 8,301円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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）2,921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：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

平成28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
三種混合 (DPT)	第1期初回	7,722円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,722円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 (DT)	第1期初回	8,110円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,110円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	5,886円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	12,312円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,312円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	13,446円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	13,446円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,214円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	12,214円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,974円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,974円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	9,061円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	9,061円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	(7歳6カ月に至るまで) 9,774円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで 7歳 6カ月～ 20歳 0カ月に至るまで**
	第1期追加	(7歳6カ月以上) 7,830円	
	第2期	7,830円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月に至るまで 13歳 0カ月～ 20歳 0カ月に至るまで**
BCG		9,644円	1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,442円	中学1年生から高校1年生相当の女子
ヒブ		10,897円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		14,202円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		11,253円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月に至るまで

*但し、第2期は対象年齢内にあつて、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（税込み）	4,011円
	6歳以上	委託料（税込み）	3,702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 5,741円 (自己負担金 2,500円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生 (2) 60歳以上 65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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 8,241円 (自己負担金 0円)	

予診のみ	委託料（税込み）	2,921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、60歳以上 65歳未満の対象者については、身体障害者手帳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内）
住所： 〒363-0024
桶川市鴨川1-4-1
電話： 048-786-1855

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回 第1期追加	7,668円	0歳3か月～7歳6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	7,830円 5,886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
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回 第1期追加	12,249円	0歳3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	13,249円	0歳3か月～7歳6か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,258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	8,758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	8,769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	7歳6か月に至るまで 9,774円 7歳6か月以上 7,830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**
	第2期	7,830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**
BCG		9,666円	0歳0か月～1歳0か月に至るまで
子宮頸がん		17,442円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		10,897円	0歳2か月～5歳0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		14,202円	0歳2か月～5歳0か月に至るまで
水痘		11,070円	1歳0か月～3歳0か月に至るまで

*但し、第2期は対象年齢内にあつて、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（税込み）	4,011円
予診のみ（6歳以上）	委託料（税込み）	3,702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 5,741円 (自己負担金 2,500円)	(1)以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者 8,241円 (自己負担金 0円)	(2)60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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）	2,921円
------	----------	--------

※委託料は消費税及び地方消費税を含む。

問い合わせ先：北本市保健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

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,020 円	3カ月 ～ 7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	7,020 円	3カ月 ～ 7歳6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	7,020 円	3カ月 ～ 7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	7,020 円	3カ月 ～ 7歳6カ月に至るまで
	第2期	4,806 円	11歳 ～ 13歳
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,448 円	3カ月 ～ 7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	11,448 円	3カ月 ～ 7歳6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,582 円	3カ月 ～ 7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	12,582 円	3カ月 ～ 7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,150 円	12カ月 ～ 24カ月に至るまで
	第2期	10,746 円	5歳 ～ 7歳未満*
麻しん単抗原	第1期	8,557 円	12カ月 ～ 24カ月に至るまで
	第2期	7,153 円	5歳 ～ 7歳未満*
風しん単抗原	第1期	8,583 円	12カ月 ～ 24カ月に至るまで
	第2期	7,179 円	5歳 ～ 7歳未満**
日本脳炎	第1期初回	7,722 円	（1期）6カ月 ～ 7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	7,722 円	6カ月 ～ 20歳未満**
	第2期	6,912 円	（2期）9歳 ～ 13歳未満 9歳 ～ 20歳未満**
BCG		8,856 円	1歳に至るまで
子宮頸がん		16,362 円	小学6年生 ～ 高校1年生相当の女子
ヒブ		10,044 円	2カ月 ～ 60カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,284 円	2カ月 ～ 60カ月に至るまで
水痘		10,476 円	1歳 ～ 3歳未満

* 但し、第2期は対象年齢内にあつて、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) 3,045 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 65歳・70歳及び60歳～ 65歳未満特定者 5,139 円 (自己負担金 3,000 円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生 (2) 60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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 75歳以上のもの及び①のうち生活保護・中国残留邦人等支援受給者 8,139 円 (自己負担金 0 円)	

予診のみ	委託料(税込み) 3,045 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1-5-22

電話：048-922-0200

平成28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			
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,128円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	7,128円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	7,020円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	7,020円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第2期	4,806円	11歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,448円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	11,448円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,582円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	12,582円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,988円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	10,584円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,316円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	6,912円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,370円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	6,966円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	7,668円	0歳	6カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	7,668円	7歳	6カ月～	9歳	0カ月に至るまで**
	第2期	6,858円	9歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
			13歳	0カ月～	20歳	0カ月未満**
BCG		8,856円	0歳	0カ月～	1歳	0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,200円	小学6年生～高校1年生相当の女子			
ヒブ		10,044円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,284円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
水痘		10,368円	0歳	12カ月～	3歳	0カ月未満

*但し、第2期は対象年齢内にあつて、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） 3,045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 5,139円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者 8,139円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の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） 3,045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

八潮市八潮八丁目10-1

電話：048-995-3381

平成28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	
三種混合 （DPT）	第1 期初回	7,660 円	5,450 円	0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
	第1 期追加			0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1 期初回	6,970 円	4,750 円	0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
	第1 期追加 第2 期			0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで 11 歳 0 カ月～ 13 歳 0 カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1 期初回	10,510 円	9,700 円	0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
	第1 期追加			0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
4 種混合 （DPT－IPV）	第1 期初回	13,050 円	10,840 円	0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
	第1 期追加			0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1 期	12,400 円	10,190 円	1 歳 0 カ月～ 2 歳 0 カ月に至るまで
	第2 期			5 歳 0 カ月～ 7 歳 0 カ月未満*
麻しん単抗原	第1 期	8,890 円	6,680 円	1 歳 0 カ月～ 2 歳 0 カ月に至るまで
	第2 期			5 歳 0 カ月～ 7 歳 0 カ月未満*
風しん単抗原	第1 期	8,910 円	6,690 円	1 歳 0 カ月～ 2 歳 0 カ月に至るまで
	第2 期			5 歳 0 カ月～ 7 歳 0 カ月未満*
日本脳炎	第1 期初回 第1 期追加 第2 期	9,380 円	7,170 円	0 歳 6 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
				7 歳 6 カ月～ 9 歳 0 カ月に至るまで**
				9 歳 0 カ月～ 13 歳 0 カ月未満
				13 歳 0 カ月～ 20 歳 0 カ月未満**
BCG		9,110 円	－ 円	0 歳 0 カ月～ 1 歳 0 カ月に至るまで
子宮頸がん		－ 円	16,620 円	小学6 年生～高校1 年生相当の女子
ヒブ		9,330 円	8,520 円	0 歳 2 カ月～ 5 歳 0 カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,400 円	－ 円	0 歳 2 カ月～ 5 歳 0 カ月に至るまで
水痘		10,730 円	－ 円	0 歳 12 カ月～ 3 歳 0 カ月未満

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 5,460 円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	② 生活保護 8,460 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。

* 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）	
	6歳未満	6歳以上
	4,120円	2,820円

問い合わせ先：所沢市保健センター

住所：〒359-0025 所沢市大字上安松1224番地の1

電話：04-2991-1811

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,992円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	7,992円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,572円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6,572円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第2期	6,572円	11歳～13歳未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,080円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	10,080円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	11,931円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	11,931円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,315円	1歳～2歳に至るまで
	第2期	10,285円	5歳～7歳未満*
麻しん単抗原	第1期	8,424円	1歳～2歳に至るまで
	第2期	8,424円	5歳～7歳未満*
風しん単抗原	第1期	8,424円	1歳～2歳に至るまで
	第2期	8,424円	5歳～7歳未満*
日本脳炎	第1期初回	8,743円	6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	8,743円	6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期	7,920円	7歳6カ月～20歳に至るまで**
	第2期	7,920円	9歳～13歳未満
	第2期	7,920円	9歳～20歳未満**
BCG		8,228円	1歳に至るまで
子宮頸がん		16,972円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,257円	2カ月～5歳に至るまで
小児用肺炎球菌		11,747円	2カ月～5歳に至るまで
水痘		9,192円	12カ月～3歳未満

* 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。

予診のみ	委託料（税込み） 3,498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 5,743円 （自己負担金 3,000円）	（1）以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者 8,743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） 2,700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

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,992円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	7,992円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,572円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6,572円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第2期	6,572円	11歳～13歳未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,080円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	10,080円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	11,931円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	11,931円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,315円	1歳～2歳に至るまで
	第2期	10,285円	5歳～7歳未満*
麻しん単抗原	第1期	8,424円	1歳～2歳に至るまで
	第2期	8,424円	5歳～7歳未満*
風しん単抗原	第1期	8,424円	1歳～2歳に至るまで
	第2期	8,424円	5歳～7歳未満*
日本脳炎	第1期初回	8,743円	6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	8,743円	6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期	7,920円	7歳6カ月～20歳に至るまで**
	第2期	7,920円	9歳～13歳未満
	第2期	7,920円	9歳～20歳未満**
BCG		8,228円	1歳に至るまで
子宮頸がん		16,972円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,257円	2カ月～5歳に至るまで
小児用肺炎球菌		11,747円	2カ月～5歳に至るまで
水痘		9,192円	12カ月～3歳未満

* 但し、第2期は対象年齢内であって、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） 3,498 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 5,743 円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6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 8,743 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） 2,700 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：ふじみ野市町村保健センター

住所：〒356-0011

ふじみ野市福岡1-2-5

電話：049-264-8292

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,992円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	7,992円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,572円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6,572円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第2期	6,572円	11歳～13歳未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,080円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	10,080円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	11,931円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	11,931円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,315円	1歳～2歳に至るまで
	第2期	10,285円	5歳～7歳未満*
麻しん単抗原	第1期	8,424円	1歳～2歳に至るまで
	第2期	8,424円	5歳～7歳未満*
風しん単抗原	第1期	8,424円	1歳～2歳に至るまで
	第2期	8,424円	5歳～7歳未満*
日本脳炎	第1期初回	8,743円	6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	8,743円	6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期	7,920円	7歳6カ月～20歳に至るまで**
	第2期	7,920円	9歳～13歳未満
	第2期	7,920円	9歳～20歳未満**
BCG		8,228円	1歳に至るまで
子宮頸がん		16,972円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,257円	2カ月～5歳に至るまで
小児用肺炎球菌		11,747円	2カ月～5歳に至るまで
水痘		9,192円	12カ月～3歳未満

* 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。

予診のみ	委託料（税込み）3,498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 5,743円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	② 生活保護受給者 8,743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）2,700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：三芳町保健センター

住所：〒354-0041

入間郡三芳町大字藤久保185-1

電話：049-258-1236

平成28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
三種混合（DPT）	第1期初回・追加	7,700円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
二種混合（DT）	第1期初回・追加 第2期	6,700円 5,200円	3カ月～7歳6カ月に至るまで 11歳～13歳未満
ポリオ単独（IPV）	第1期初回・追加	10,100円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
4種混合（DPT-IPV）	第1期初回	11,300円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11,300円 11,300円	1歳～2歳に至るまで H22.4.2～H23.4.1生まれ
麻しん単抗原	第1期 第2期	7,700円 7,700円	1歳～2歳に至るまで H22.4.2～H23.4.1生まれ
風しん単抗原	第1期 第2期	7,700円 7,700円	1歳～2歳に至るまで H22.4.2～H23.4.1生まれ
日本脳炎	第1期初回	8,200円	6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加 第2期	7,500円	7歳6カ月～9歳に至るまで* 9歳～13歳未満、13歳～20歳未満*
BCG		7,300円	0カ月～1歳に至るまで
子宮頸がん		18,500円	小学校6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		8,200円	2カ月～5歳に至るまで
小児用肺炎球菌		10,700円	2カ月～5歳に至るまで
水痘		9,000円	1歳～3歳未満

*但し、平成7年4月2日から平成19年4月1日生まれの者（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）
乳幼児（7歳6カ月に至るまで）	3,600円
児童・生徒等（乳幼児以外）	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 5,000円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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 8,000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
------	-----------------

※生活保護受給者の方への接種の際は、生活保護受給証の提示を求め、受給証のコピーを予診票に添付して請求してください。

住民税非課税世帯の方、中国残留邦人等支援受給者への接種の際は、高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種公費負担通知書の提示を求め、通知書を予診票に添付して請求してください。

※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：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

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,700円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,700円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,700円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,700円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	5,200円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,100円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	10,100円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	11,300円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,300円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,300円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,300円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,700円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,700円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,700円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,700円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,200円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	(7歳6カ月に至るまで) 7,500円	7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで**
	第2期	(7歳6カ月以上) 7,500円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		7,300円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		18,500円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子
ヒブ		8,200円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		10,700円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		9,000円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月未満

*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。

予診のみ 委託料（税込み）	3,600円（乳幼児）	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 5,000円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6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 8,000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。

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

- ・住民税非課税世帯の者：高齢者肺炎球菌予防接種公費負担通知書（事前申請により市が発行したもの）
- ・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
- ・(2)に該当する場合：身体障害者手帳の写し

※過去に一度も鶴ヶ島市に請求したことがない場合は、別途、

鶴ヶ島市所定の様式による債権者情報の登録が必要です。

(登録事項の変更があった場合は、変更登録が必要です。)その際にご連絡ください。

※請求者（代表者）印は朱肉印でお願いします。（スタンプ印、シャチハタ印での請求は不可です。）

問合先：鶴ヶ島市保健センター

住 所：〒350-2213 鶴ヶ島市大字脚折 1922-10

電 話：049-271-2745

平成28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	
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,700 円	3カ月～	7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	7,700 円	3カ月～	7歳6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,700 円	3カ月～	7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6,700 円	3カ月～	7歳6カ月に至るまで
	第2期	5,200 円	11歳～	13歳未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,100 円	3カ月～	7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	10,100 円	3カ月～	7歳6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	11,300 円	3カ月～	7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	11,300 円	3カ月～	7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,300 円	1歳～	2歳に至るまで
	第2期	11,300 円	5歳～	7歳未満*
麻しん単抗原	第1期	7,700 円	1歳～	2歳に至るまで
	第2期	7,700 円	5歳～	7歳未満*
風しん単抗原	第1期	7,700 円	1歳～	2歳に至るまで
	第2期	7,700 円	5歳～	7歳未満*
日本脳炎	第1期初回	6ヵ月～7歳6カ月に至るまで 8,200 円	6ヵ月～	7歳6カ月に至るまで
	第1期追加		7歳6ヵ月～9歳に至るまで**	
	第2期	7歳6ヵ月～20歳未満 7,500 円	9歳～	13歳未満
BCG		7,300 円	13歳～	20歳未満**
子宮頸がん		16,500 円	生後12ヵ月に至るまで	
ヒブ		8,900 円	小学校6年生～高校1年生相当の女子	
小児用肺炎球菌		11,700 円	2ヵ月～	5歳に至るまで
水痘		9,000 円	2ヵ月～	5歳に至るまで
			12ヵ月～	36ヵ月に至るまで

* 但し、第2期は対象年齢内にあつて、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）
乳幼児（下記以外の対象児で6歳未）	3,600 円
児童・生徒（6歳以上）	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	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生 (2) 60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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
	4,200 円	
	(自己負担金 3,000 円)	
	②生活保護受給者	
	7,200 円	
	(自己負担金 0 円)	

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：毛呂山町保健センター
 住所：〒350-0436
 入間郡毛呂山町川角305番地
 電話：049-294-5511

平成28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	
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,700円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,700円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,700円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,700円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第2期	5,200円	11歳 0カ月～	13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,100円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	10,100円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	11,300円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,300円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,300円	1歳 0カ月～	2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,300円	5歳 0カ月～	7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,700円	1歳 0カ月～	2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,700円	5歳 0カ月～	7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,700円	1歳 0カ月～	2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,700円	5歳 0カ月～	7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	6カ月～7歳6カ月に至るまで 8,200円	0歳 6カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7歳6カ月～20歳未満 8,200円	7歳 6カ月～	9歳 0カ月に至るまで**
	第2期	7,500円	9歳 0カ月～	13歳 0カ月未満
BCG		7,300円	0歳 0カ月～	1歳 0カ月に至るまで
			13歳 0カ月～	20歳 0カ月未満**
子宮頸がん		16,500円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子	
ヒブ		8,900円	0歳 2カ月～	5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		11,700円	0歳 2カ月～	5歳 0カ月に至るまで
水痘		9,000円	1歳 0カ月～	3歳 0カ月未満

* 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。

予診のみ（乳幼児）	委託料（税込み）	3,600円
予診のみ（児童・生徒等）	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 4,200円 (自己負担金 3,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	② 生活保護 7,200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の周り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：越生町健康福祉課（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

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	6,350円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,350円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	5,800円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	5,800円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	5,800円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,950円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	10,950円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,170円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,170円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,710円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,710円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,860円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,860円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,870円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,870円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,380円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,380円	7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで**
	第2期	8,380円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
			13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,090円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,780円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,840円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,990円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		9,840円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月未満

* 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。

予診のみ	委託料（税込み） 2,160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 3,960円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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助給者 8,960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） 2,160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

比企郡鳩山町大字大豆戸183-1

電話：049-296-2530

平成28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
三種混合 (DPT)	第1期初回	7,128円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,128円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 (DT)	第1期初回	7,020円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,020円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	6,210円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	11,502円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,502円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	12,636円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,636円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,958円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,958円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,672円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,672円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,672円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,672円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加	9,126円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
		8,316円	7歳 6カ月～ 20歳 0カ月に至るまで**
	第2期	8,316円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
		8,316円	9歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,812円	～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,524円	小学校6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,234円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,150円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,476円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月未満

*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。

予診のみ	委託料（税込み）	対象年齢
	3,855円	7歳6カ月未満
	3,045円	7歳6カ月以上

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	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生 昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	3,337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	(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
	8,337円 (自己負担金 0円)	

予診のみ	委託料（税込み） 3,045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

狹山市狹山台3-24

電話：04-2959-5811

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,128円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,128円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,285円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,285円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	6,285円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,372円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,372円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,506円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,506円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,722円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,722円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,316円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,316円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,316円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,316円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,964円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,964円	7歳 6カ月～ 20歳 0カ月に至るまで**
	第2期	8,186円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,434円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,458円	小学校6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		8,766円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,378円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,346円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月に至るまで

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

**但し、平成7年4月2日から平成19年4月1日生まれの人（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）	
	子宮頸がん	2,462円
	子宮頸がん以外	3,240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	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	3,229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	(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
	8,229円 (自己負担金 0円)	

予診のみ	委託料（税込み）2,700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：入間市健康福祉センター 健康管理課
住所：〒358-0013
入間市上藤沢730-1
電話：04-2966-5511

平成28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	
三種混合 （DPT）	第1期初回	8,230円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,230円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	8,230円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,230円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第2期	8,230円	11歳 0カ月～	13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,310円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,310円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,600円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,600円	0歳 3カ月～	7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,340円	1歳 0カ月～	2歳 0カ月に至るまで
	第2期	12,340円	5歳 0カ月～	7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,230円	1歳 0カ月～	2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,230円	5歳 0カ月～	7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,230円	1歳 0カ月～	2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,230円	5歳 0カ月～	7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,230円	0歳 6カ月～	7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,230円	7歳 6カ月～	20歳 0カ月に至るまで**
	第2期	8,230円	9歳 0カ月～	13歳 0カ月未満
			13歳 0カ月～	20歳 0カ月未満**
BCG		8,230円	0歳 3カ月～	1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,970円	小学校6年生～	高校1年生相当の女子
ヒブ		9,670円	0歳 2カ月～	5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,410円	0歳 2カ月～	5歳 0カ月に至るまで
水痘		8,910円	1歳 0カ月～	3歳 0カ月に至るまで

* 但し、第2期は対象年齢内にあつて、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）3,000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 5,230円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者 8,230円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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）3,000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：飯能市健康づくり支援課（保健センター）

住所：〒357-0021

飯能市大字双柳371番地13

電話：042-974-3488

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	8,230円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,230円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	8,230円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,230円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	8,230円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,310円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,310円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,600円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,600円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,340円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	12,340円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,230円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,230円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,230円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,230円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,230円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで 7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで** 9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
	第1期追加	8,230円	
	第2期	8,230円	
BCG		8,230円	0歳 3カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,970円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子
ヒブ		9,670円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,140円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		8,910円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月未満

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

** 但し、平成7年4月2日から平成19年4月1日生まれの者（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） 3,000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 5,230円）	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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がいがある者
	②生活保護受給者 8,230円 （自己負担金 0円）	

予診のみ	委託料（税込み） 3,000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

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	6,350円	3カ月～7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,350円	3カ月～7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	5,800円	3カ月～7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	5,800円	3カ月～7歳 6カ月に至るまで
	第2期	5,800円	11歳 0カ月～13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,950円	3カ月～7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	10,950円	3カ月～7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,170円	3カ月～7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,170円	3カ月～7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,710円	1歳 0カ月～2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,710円	5歳 0カ月～7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,860円	1歳 0カ月～2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,860円	5歳 0カ月～7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,870円	1歳 0カ月～2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,870円	5歳 0カ月～7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,380円	3歳 0カ月～7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,380円	7歳 6カ月～9歳 0カ月に至るまで**
	第2期	8,380円	9歳 0カ月～13歳 0カ月未満
			13歳 0カ月～20歳 0カ月未満**
BCG		8,090円	0歳 0カ月～1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,780円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子
ヒブ		9,840円	0歳 2カ月～5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,990円	0歳 2カ月～5歳 0カ月に至るまで
水痘		9,840円	0歳 12カ月～3歳 0カ月未満

*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、平成7年4月2日から平成19年4月1日生まれの者（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） 2,160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 3,960円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	② 生活保護 8,960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） 2,160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

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	6,350円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6,350円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	5,800円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	5,800円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第2期	5,800円	11歳0カ月～13歳0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,950円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	10,950円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,170円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	12,170円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,710円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	11,710円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,860円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	7,860円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,870円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	7,870円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,380円	0歳6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	8,380円	7歳6カ月～9歳0カ月に至るまで**
	第2期	8,380円	9歳0カ月～13歳0カ月未満
			13歳0カ月～20歳0カ月未満**
BCG		8,090円	0歳0カ月～1歳0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,780円	小学校6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,840円	0歳2カ月～5歳0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,990円	0歳2カ月～5歳0カ月に至るまで
水痘		9,840円	0歳12カ月～3歳0カ月未満

* 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。

予診のみ	委託料（税込み）	2,160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 3,960円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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 8,960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）	2,160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：滑川町保健センター

住所：〒355-0811

比企郡滑川町大字羽尾4972番地8

電話：0493-56-5330

平成28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			
三種混合 (DPT)	第1期初回	6,350円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	6,350円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
二種混合 (DT)	第1期初回	5,800円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	5,800円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第2期	5,800円	11歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	10,950円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	10,950円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	12,170円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	12,170円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,710円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	11,710円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,860円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	7,860円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,870円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	7,870円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,380円	0歳	6カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	8,380円	7歳	6カ月～	9歳	0カ月に至るまで**
	第2期	8,380円	9歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
			13歳	0カ月～	20歳	0カ月未満**
BCG		8,090円	0歳	0カ月～	1歳	0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,780円	小学6年生～高校1年生相当の女子			
ヒブ		9,840円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,990円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
水痘		9,840円	0歳	12カ月～	3歳	0カ月未満

*但し、第2期は対象年齢内にあつて、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）	2,160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 3,960円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護 ・中国残留邦人等支援受給者 8,960円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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）	2,160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：健康いきいき課

住所：〒355-0211

比企郡嵐山町大字杉山 1030 番地 1

電話：0493-62-0716

平成28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	
三種混合 (DPT)	第1期初回	6,350円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	6,350円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
二種混合 (DT)	第1期初回	5,800円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	5,800円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第2期	5,800円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	10,950円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	10,950円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	12,170円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	12,170円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期	11,710円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	11,710円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*	
麻しん単抗原	第1期	7,860円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	7,860円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*	
風しん単抗原	第1期	7,870円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	7,870円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*	
日本脳炎	第1期初回	8,380円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	8,380円	歳 力月～ 歳 力月に至るまで**	
	第2期	8,380円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**	
BCG		8,090円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで	
子宮頸がん		17,780円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子	
ヒブ		9,840円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで	
小児用肺炎球菌		12,990円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで	
水痘		9,840円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月未満	

* 但し、第2期は対象年齢内であって、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） 2,160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 3,960円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護 8,960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） 2,160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：小川町健康福祉課
住所：〒355-0327
比企郡小川町大字腰越 618 番地
電話：0493-74-2323

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	6,350 円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6,350 円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	5,800 円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	5,800 円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第2期	5,800 円	11歳0カ月～13歳0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,950 円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	10,950 円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,170 円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	12,170 円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,710 円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	11,710 円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,860 円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	7,860 円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,870 円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	7,870 円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,380 円	0歳6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	8,380 円	7歳6カ月～9歳0カ月に至るまで**
	第2期	8,380 円	9歳0カ月～13歳0カ月未満 13歳0カ月～20歳0カ月未満**
BCG		8,090 円	0歳3カ月～1歳0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,780 円	12歳～16歳相当の女子
ヒブ		9,840 円	0歳2カ月～5歳0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,990 円	0歳2カ月～5歳0カ月に至るまで
水痘		9,840 円	0歳12カ月～3歳0カ月未満

* 但し、第2期は対象年齢内にあつて、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）	2,160 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 3,960 円 (自己負担金 5,000 円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者 8,960 円 (自己負担金 0 円)	(2) 60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の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）	2,160 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

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	6,350円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,350円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	5,800円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	5,800円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	5,800円	11歳 0カ月～13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,950円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	10,950円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,170円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,170円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,710円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,710円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,860円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,860円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,870円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,870円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,380円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,380円	7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで**
	第2期	8,380円	9歳 0カ月～13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～20歳 0カ月未満**
BCG		8,090円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,780円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,840円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,990円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		9,840円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月未満

*但し、第2期は対象年齢内であって、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） 2,160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 3,960円 (自己負担金 5,000円)	(1)以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者 8,960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） 2,160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：川島町健康福祉課 健康増進グループ
住所：〒350-0192
比企郡川島町大字下八ツ林870-1
電話：049-299-1758（直通）

平成28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			
三種混合 (DPT)	第1期初回	6,350 円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	6,350 円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
二種混合 (DT)	第1期初回	5,800 円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	5,800 円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第2期	5,800 円	11歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	10,950 円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	10,950 円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	12,170 円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	12,170 円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,710 円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	11,710 円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,860 円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	7,860 円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,870 円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	7,870 円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,380 円	0歳	6カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	8,380 円	7歳	6カ月～	9歳	0カ月に至るまで**
	第2期	8,380 円	9歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
			13歳	0カ月～	20歳	0カ月未満**
BCG		8,090 円	0歳	0カ月～	1歳	0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,780 円	小学校6年生～ 高校1年生相当の女子			
ヒブ		9,840 円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,990 円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
水痘		9,840 円	0歳	12カ月～	3歳	0カ月未満

* 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。

予診のみ

委託料（税込み） 2,160 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 3,960 円 (自己負担金 5,000 円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	② 生活保護受給者 8,960 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） 2,160 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

電話：0493-54-3120

平成28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	
三種混合 （DPT）	第1期初回	6,350円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	6,350円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
二種混合 （DT）	第1期初回	5,800円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	5,800円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第2期	5,800円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満	
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,950円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	10,950円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,170円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	12,170円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期	11,710円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	11,710円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*	
麻しん単抗原	第1期	7,860円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	7,860円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*	
風しん単抗原	第1期	7,870円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	7,870円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*	
日本脳炎	第1期初回	8,380円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	8,380円	7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで**	
	第2期	8,380円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満	
			13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**	
BCG		8,090円	0歳 3カ月～ 1歳 0カ月に至るまで	
子宮頸がん		17,780円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子	
ヒブ		9,840円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで	
小児用肺炎球菌		12,990円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで	
水痘		9,840円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月未満	

* 但し、第2期は対象年齢内であって、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）2,160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 3,960円 (自己負担金5,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者 8,960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）2,160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

平成28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			
三種混合 （DPT）	第1期初回	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第2期	5,710円	11歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	9,800円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	9,800円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	11,100円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	11,100円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	10,450円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	10,450円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	6,940円	1歳	1カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	6,940円	5歳	1カ月～	7歳	0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	6,950円	1歳	1カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	6,950円	5歳	1カ月～	7歳	0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	7,430円	0歳	6カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	7,430円	0歳	6カ月～	20歳	0カ月に至るまで**
	第2期	7,430円	9歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
BCG	第1期	7,560円	0歳	5カ月～	1歳	0カ月に至るまで
	第2期	7,560円	0歳	5カ月～	1歳	0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,070円	小学6年生	～	高校1年生相当の女子	
ヒブ		8,390円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		11,850円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
水痘		8,780円	0歳	12カ月～	3歳	0カ月未満

* 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。

予診のみ	委託料（税込み）	1,000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 5,500円 (自己負担金 2,500円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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 8,000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

平成28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			
三種混合 （DPT）	第1期初回	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第2期	5,710円	11歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	9,800円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	9,800円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	11,100円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	11,100円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	10,450円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	10,450円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	6,940円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	6,940円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	6,950円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	6,950円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	7,430円	0歳	6カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	7,430円	0歳	6カ月～	20歳	0カ月に至るまで**
	第2期	7,430円	9歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
			9歳	0カ月～	20歳	0カ月未満**
BCG		7,560円	0歳	0カ月～	1歳	0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,070円	小学校6年生～高校1年生相当の女子			
ヒブ		8,390円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		11,850円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
水痘		8,780円	0歳	12カ月～	3歳	0カ月未満

* 但し、第2期は対象年齢内にあつて、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）1,000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	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～大正16年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生 (2) 60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の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
	5,500円	
	(自己負担金 2,500円)	
	②生活保護・非課税対象者・中国残留邦人等支援受給者	
	8,000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：横瀬町役場 子育て支援課

住所：〒368-0072

秩父郡横瀬町大字横瀬4545番地

電話：0494-25-0110〈直通〉

平成28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			
三種混合 （DPT）	第1期初回	5,710 円	0 歳	3 カ月～	7 歳	6 カ月に至るまで
	第1期追加	5,710 円	0 歳	3 カ月～	7 歳	6 カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	5,710 円	0 歳	3 カ月～	7 歳	6 カ月に至るまで
	第1期追加	5,710 円	0 歳	3 カ月～	7 歳	6 カ月に至るまで
	第2期	5,710 円	11 歳	0 カ月～	13 歳	0 カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	9,800 円	0 歳	3 カ月～	7 歳	6 カ月に至るまで
	第1期追加	9,800 円	0 歳	3 カ月～	7 歳	6 カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	11,100 円	0 歳	3 カ月～	7 歳	6 カ月に至るまで
	第1期追加	11,100 円	0 歳	3 カ月～	7 歳	6 カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	10,450 円	0 歳	12 カ月～	2 歳	0 カ月に至るまで
	第2期	10,450 円	5 歳	0 カ月～	7 歳	0 カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	6,940 円	0 歳	12 カ月～	2 歳	0 カ月に至るまで
	第2期	6,940 円	5 歳	0 カ月～	7 歳	0 カ月未満*
風しん単抗原	第1期	6,950 円	0 歳	12 カ月～	2 歳	0 カ月に至るまで
	第2期	6,950 円	5 歳	0 カ月～	7 歳	0 カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	7,430 円	0 歳	6 カ月～	7 歳	6 カ月に至るまで
	第1期追加	7,430 円	0 歳	6 カ月～	7 歳	6 カ月に至るまで**
	第2期	7,430 円	9 歳	0 カ月～	13 歳	0 カ月未満
			13 歳	0 カ月～	20 歳	0 カ月未満**
BCG		7,560 円	0 歳	0 カ月～	1 歳	0 カ月に至るまで
子宮頸がん		16,070 円	13 歳～	16 歳相当の女子		
ヒブ		8,390 円	0 歳	2 カ月～	5 歳	0 カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		11,850 円	0 歳	2 カ月～	5 歳	0 カ月に至るまで
水痘		8,780 円	0 歳	12 カ月～	3 歳	0 カ月未満

* 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。

予診のみ	委託料（税込み） 1,000 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 5,500 円 (自己負担金 2,500 円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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 8,000 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：皆野町健康福祉課 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：0494-62-1233

平成28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			
三種混合 (DPT)	第1期初回	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
二種混合 (DT)	第1期初回	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第2期	5,710円	11歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	9,800円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	9,800円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	11,100円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	11,100円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	10,450円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	10,450円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	6,940円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	6,940円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	6,950円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	6,950円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	7,430円	0歳	6カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	7,430円	0歳	6カ月～	20歳	0カ月に至るまで**
	第2期	7,430円	9歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
			9歳	0カ月～	20歳	0カ月未満**
BCG		7,560円	0歳	0カ月～	1歳	0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,070円		12歳～	16歳	相当の女子
ヒブ		8,390円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		11,850円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
水痘		8,780円	0歳	12カ月～	3歳	0カ月未満

*但し、第2期は対象年齢内であって、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）	1,000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	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	5,500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	(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
	8,000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：長瀬町健康福祉課 健康担当
住 所：〒369-1392
秩父郡長瀬町大字本野上1035-1
電 話：0494-66-3111（内線135）

平成28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			
三種混合 （DPT）	第1期初回	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	5,710円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第2期	5,710円	11歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	9,800円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	9,800円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	11,100円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	11,100円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	10,450円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	10,450円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	6,940円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	6,940円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	6,950円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	6,950円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	7,430円	0歳	6カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	7,430円	7歳	6カ月～	9歳	0カ月に至るまで**
	第2期	7,430円	9歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
			13歳	0カ月～	20歳	0カ月未満**
BCG		7,560円	0歳	0カ月～	1歳	0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,070円	小学6年生～高校1年生相当の女子			
ヒブ		8,390円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		11,850円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
水痘		8,780円	0歳	12カ月～	3歳	0カ月未満

* 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。

予診のみ	委託料（税込み）	1,000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	（1）以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6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の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
	6,500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	
	8,000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：小鹿野町 保健課
 住所：〒368-0105
 秩父郡小鹿野町小鹿野300
 小鹿野町保健センター
 電話：0494-75-0135

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,190円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,190円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,340円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,340円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	6,340円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	9,850円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	9,850円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,360円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,360円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,730円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,730円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,750円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,750円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,750円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,750円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,950円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,950円	7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで**
	第2期	7,650円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
			13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,490円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,860円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,120円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,000円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		9,180円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月未満

* 但し、第2期は対象年齢内にあつて、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）3,240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 6,251円 (自己負担金 2,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等支援受給者 8,251円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身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）1,841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：本庄市センター

住所：〒367-0062

本庄市小島南2-4-12

電話：0495-24-2003

平成28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
三種混合 (DPT)	第1期初回	7,190円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,190円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 (DT)	第1期初回	6,340円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,340円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	6,340円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	9,850円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	9,850円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	12,360円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,360円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,730円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,730円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,750円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,750円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,750円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,750円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,950円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,950円	7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで**
	第2期	7,650円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
			13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,490円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,860円	小学6年生～ 高校1年生相当の女子
ヒブ		9,120円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,000円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		9,180円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月未満

*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。

予診のみ

委託料（税込み） 3,240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 6,251円 (自己負担金 2,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者 8,251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） 1,841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

児玉郡美里町大字木部538-5

電話：0495-76-2855

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,190円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,190円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,340円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,340円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	6,340円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	9,850円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	9,850円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,360円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,360円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,730円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,730円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,750円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,750円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,750円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	7,750円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,950円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,950円	7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで**
	第2期	7,650円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
			13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,490円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,860円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,120円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,000円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		9,180円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月未満

* 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。

予診のみ

委託料（税込み）3,240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 6,251円 （自己負担金2,000円）	（1）以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等支援受給者 8,251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）1,841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

児玉郡神川町大字植竹900番地1

電話：0495-77-4041

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,190円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	7,190円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,340円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6,340円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第2期	6,340円	11歳0カ月～13歳0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	9,850円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	9,850円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,360円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	12,360円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,730円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	11,730円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,750円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	7,750円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	7,750円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	7,750円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,950円	0歳6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	8,950円	7歳6カ月～9歳0カ月に至るまで**
	第2期	7,650円	9歳0カ月～13歳0カ月未満 13歳0カ月～20歳0カ月未満**
BCG		8,490円	0歳0カ月～1歳0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,860円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,120円	0歳2カ月～5歳0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,000円	0歳2カ月～5歳0カ月に至るまで
水痘		9,180円	1歳0カ月～3歳0カ月未満

* 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。

予診のみ

委託料（税込み）3,240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 6,251円 (自己負担金 2,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	② 生活保護受給者等 8,251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）1,841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

児玉郡上里町大字七本木307

電話：0495-33-2550

平成28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			
三種混合 （DPT）	第1期初回	6,912円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	6,912円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,782円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	6,782円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第2期	6,782円	11歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,534円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	11,534円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,668円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	12,668円	0歳	3カ月～	7歳	6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,933円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	11,933円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,402円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	8,402円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,402円	1歳	0カ月～	2歳	0カ月に至るまで
	第2期	8,402円	5歳	0カ月～	7歳	0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,653円	3歳	0カ月～	7歳	6カ月に至るまで
	第1期追加	8,653円	3歳	0カ月～	20歳	0カ月に至るまで**
	第2期	8,653円	9歳	0カ月～	13歳	0カ月未満
			9歳	0カ月～	20歳	0カ月未満**
BCG		8,424円	0歳	0カ月～	1歳	0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,971円	中学1年生～高校1年生相当の女子			
ヒブ		9,256円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,560円	0歳	2カ月～	5歳	0カ月に至るまで
水痘		9,774円	0歳	12カ月～	3歳	0カ月未満

* 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保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） 1,080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 6,500円 (自己負担金 2,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護対象者等（※） 8,500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の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

(※) 中国残留邦人等の円滑な帰国の推進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている方は、②に該当します。

予診のみ

委託料（税込み） 1,080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：熊谷市母子健康センター

住所：〒360-0812

熊谷市大原1-5-36

電話：048-525-2722

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	6,867円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,867円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,864円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,864円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	6,864円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	9,816円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	9,816円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,358円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,358円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,731円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,731円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	6,909円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	6,909円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	6,910円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	6,910円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,510円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで 7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで** 9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
	第1期追加	8,510円	
	第2期	8,510円	
BCG		8,470円	0歳 3カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,860円	小学6年生～ 高校1年生に相当する女子
ヒブ		9,524円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,436円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,090円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月未満

* 但し、第2期は対象年齢内であって、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）1,000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 4,000円 （自己負担金 4,000円）	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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の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生活保護受給世帯に属する者 8,000円 （自己負担金 0円）	

予診のみ	委託料（税込み）1,000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：寄居町保健福祉総合センター

住所：〒369-1221

大里郡寄居町大字保田原301

電話：048-581-8500

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	6,867円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6,867円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,864円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6,864円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第2期	6,864円	11歳0カ月～13歳0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	9,816円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	9,816円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,358円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	12,358円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,731円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	11,731円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	6,909円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	6,909円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	6,910円	1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで
	第2期	6,910円	5歳0カ月～7歳0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,510円	0歳6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	8,510円	0歳6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第2期	8,510円	9歳0カ月～13歳0カ月未満
		8,510円	特例対象者**
BCG		8,470円	0歳5カ月～1歳0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,860円	中学1年生～高校1年生相当の女子***
ヒブ		9,124円	0歳2カ月～5歳0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,236円	0歳2カ月～5歳0カ月に至るまで
水痘		10,090円	0歳12カ月～3歳0カ月未満

* 但し、第2期は対象年齢内であって、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、中学1年生から高校1年生相当の女子に限ること。

予診のみ	委託料（税込み） 1,000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 4,000円 (自己負担金 4,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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 8,000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） 1,000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

平成28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
三種混合 (DPT)	第1期初回	3歳未満 7,300円	0歳3カ月～ 7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6歳未満 5,900円 7歳6か月未満 5,100円	
二種混合 (DT)	第1期初回	3歳未満 7,000円	0歳3カ月～ 7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6歳未満 5,600円 7歳6か月未満 4,800円	
	第2期	4,800円	11歳0カ月から13歳0カ月未満
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	3歳未満 11,400円	0歳3カ月～ 7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6歳未満 10,000円 7歳6か月未満 9,100円	
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	3歳未満 12,700円	0歳3カ月～ 7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6歳未満 11,300円 7歳6か月未満 10,400円	
	第2期	12,000円	1歳0カ月～ 2歳0カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	10,600円	5歳0カ月～ 7歳0カ月未満*
	第2期	8,500円	1歳0カ月～ 2歳0カ月に至るまで
麻しん単抗原	第1期	7,100円	5歳0カ月～ 7歳0カ月未満*
	第2期	8,500円	1歳0カ月～ 2歳0カ月に至るまで
風しん単抗原	第1期	7,100円	5歳0カ月～ 7歳0カ月未満*
	第2期	8,500円	1歳0カ月～ 2歳0カ月に至るまで
日本脳炎	第1期初回	6歳未満 7,600円	3歳0カ月～ 7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6歳以上 } 6,800円	9歳0カ月～ 20歳0カ月未満**
	第2期	20歳未満 }	9歳0カ月～ 13歳0カ月未満 13歳0カ月～ 20歳0カ月未満**
BCG		8,600円	0歳3カ月～ 7歳6カ月に至るまで
子宮頸がん		16,200円	13歳～ 16歳相当の女子
ヒブ		3歳未満 9,900円	0歳2カ月～ 5歳0カ月に至るまで
		5歳未満 8,500円	
小児用肺炎球菌		3歳未満 13,400円	0歳2カ月～ 5歳0カ月に至るまで
		5歳未満 12,000円	
水痘		10,300円	1歳0カ月～ 3歳0カ月に至るまで

*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） 1,764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 4,200 (自己負担金 4,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護受給者 8,200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。

問い合わせ先：行田市保健センター
住所：〒361-0023
行田市長野2-3-17
電話：048-553-0053

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	6,640円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,640円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,480円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加 第2期	6,480円 5,670円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで 11歳 0カ月～13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	10,960円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	10,960円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,100円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,100円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,660円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,660円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,130円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,130円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,130円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,130円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	7歳6カ月に至るまで 8,590円	3歳 0カ月～ 7歳 6カ月に至るまで 7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで** 9歳 0カ月～13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～20歳 0カ月未満**
	第1期追加	8,590円	
日本脳炎	第2期	7歳6カ月以上 7,780円	
BCG		8,320円	0歳 5カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,230円	小学校6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,550円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,850円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		9,940円	1歳0カ月～ 3歳 0カ月未満

* 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。

予診のみ

委託料（税込み）3,050 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6,000 円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護・非課税対象者★ 9,000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の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい（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がい（有し、障害者手帳1級を有する者）

予診のみ

委託料（税込み）0 円

★生活保護受給世帯の方への接種の際は、生活保護受給証の提示を求め、受給証の写しを予診票に添付して請求してください。

住民税非課税世帯の方への接種の際は、予防接種で使用する証明書の提示を求め、証明書の写しを予診票に添付して請求してください。

☆(2)に該当する方への接種の際は、障害者手帳1級の提示を求め、手帳の写しを予診票に添付して請求してください。

※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：羽生市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

平成28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	
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,030円	5,573円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	7,030円	5,573円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,804円	5,346円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6,804円	5,346円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第2期		5,346円	11歳～13歳未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,286円	9,828円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	11,286円	9,828円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,474円	11,016円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	12,474円	11,016円	3カ月～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,934円		1歳～2歳に至るまで
	第2期	11,934円	10,476円	5歳～7歳未満*
麻しん単抗原	第1期	8,456円		1歳～2歳に至るまで
	第2期	8,456円	6,998円	5歳～7歳未満*
風しん単抗原	第1期	8,456円		1歳～2歳に至るまで
	第2期	8,456円	6,998円	5歳～7歳未満*
日本脳炎	第1期初回	8,910円	7,452円	6カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	8,910円	7,452円	7歳6カ月～9歳に至るまで**
	第2期		7,452円	9歳～13歳未満
			7,452円	13歳～20歳未満**
BCG		8,640円		1歳に至るまで
子宮頸がん			16,902円	13歳～16歳相当の女子
ヒブ		9,871円		2カ月～5歳に至るまで
小児用肺炎球菌		13,176円		2カ月～5歳に至るまで
水痘（水ぼうそう）		10,260円		1歳～3歳未満

* 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。

予診のみ	6歳未満	6歳以上
委託料（税込み）	3,856円	3,046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 3,247円 （自己負担金 5,000円）	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6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の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 8,247円 （自己負担金 0円）	

予診のみ	委託料（税込み） 3,046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。

問合せ先：加須保健センター

住 所：〒347-0061 加須市諏訪1-3-6

電 話：0480-62-1311

平成28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	
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,128円	0歳 3カ月～7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	7,128円	0歳 3カ月～7歳 6カ月に至るまで	
二種混合 （DT）	第1期初回	7,128円	0歳 3カ月～7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	7,128円	0歳 3カ月～7歳 6カ月に至るまで	
	第2期	4,860円	11歳 0カ月～13歳 0カ月未満	
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,502円	0歳 3カ月～7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	11,502円	0歳 3カ月～7歳 6カ月に至るまで	
四種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,690円	0歳 3カ月～7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	12,690円	0歳 3カ月～7歳 6カ月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期	12,150円	1歳 0カ月～2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	9,936円	5歳 0カ月～7歳 0カ月未満*	
麻しん単抗原	第1期	8,640円	1歳 0カ月～2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	8,640円	5歳 0カ月～7歳 0カ月未満*	
風しん単抗原	第1期	8,650円	1歳 0カ月～2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	8,650円	5歳 0カ月～7歳 0カ月未満*	
日本脳炎	第1期初回	(6歳未満) 9,126円	3歳 0カ月～7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	(6歳以上)	9歳 0カ月～13歳 0カ月未満**	
	第2期	6,912円	13歳 0カ月～20歳 0カ月未満**	
BCG		8,856円	0歳 0カ月～1歳 0カ月に至るまで	
子宮頸がん		16,362円	小学6年生～高校1年生相当の女子	
ヒブ		10,087円	0歳 2カ月～5歳 0カ月に至るまで	
小児用肺炎球菌		13,392円	0歳 2カ月～5歳 0カ月に至るまで	
水痘		10,476円	1歳 0カ月～3歳 0カ月未満	

* 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。

予診のみ	委託料（税込み）
三種混合、二種混合（第1期）、ポリオ単独、四種混合、麻しん風しん混合、麻しん単抗原、風しん単抗原、日本脳炎（6歳未満）、BCG、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘	3,855円
二種混合（第2期）、日本脳炎（6歳以上）、子宮頸がん	3,045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 6,017円 (自己負担金 2,500円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等支援受給者 8,517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）3,045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。

※高齢者用肺炎球菌接種者は、生活保護受給者は受給証、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、対象年齢の(2)に該当する人は身体障害者手帳1級の写し、または医師の診断書を添付してください。

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

平成28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
		未就学児	就学児	
三種混合 (DPT)	第1期初回 第1期追加	7,247円	5,033円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
二種混合 (DT)	第1期初回 第1期追加	7,020円	4,806円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第2期		4,806円	11歳0カ月～13歳0カ月未満
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回 第1期追加	11,502円	9,288円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 第1期追加	12,636円	10,422円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,150円		1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで 5歳0カ月～7歳0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,640円		1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで 5歳0カ月～7歳0カ月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,651円		1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで 5歳0カ月～7歳0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加	9126円	6,912円	0歳6カ月～7歳6カ月に至るまで 9歳0カ月～20歳0カ月に至るまで**
	第2期		6,912円	9歳0カ月～13歳0カ月に至るまで 9歳0カ月～20歳0カ月未満**
BCG		8,802円		0歳0カ月～1歳0カ月に至るまで
子宮頸がん			16,394円	小学校6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,104円		0歳2カ月～5歳0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,020円		0歳2カ月～5歳0カ月に至るまで
水痘		10,116円		0歳12カ月～3歳0カ月未満

* 但し、第2期は対象年齢内において、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
	3,855円	3,045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26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生大正5年4月2日生～大正6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 8,000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）3,045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：蓮田市役所 子ども支援課 健康増進課
住所：〒349-0193
蓮田市黒浜 2799-1
電話：048-768-3111（代）

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,009円	生後3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	7,009円	第1期初回終了後1年～7歳6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,547円	生後3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	6,547円	第1期初回終了後1年～7歳6カ月に至るまで
	第2期	4,806円	11歳～13歳未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,340円	生後3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	11,340円	第1期初回終了後1年～7歳6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,474円	生後3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	12,474円	第1期初回終了後1年～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,988円	生後12カ月～生後24カ月に至るまで
	第2期	11,988円	平成22年4月2日～平成23年4月1日生まれ*
麻しん単抗原	第1期	8,478円	生後12カ月～生後24カ月に至るまで
	第2期	8,478円	平成22年4月2日～平成23年4月1日生まれ*
風しん単抗原	第1期	8,488円	生後12カ月～生後24カ月に至るまで
	第2期	8,488円	平成22年4月2日～平成23年4月1日生まれ*
日本脳炎	第1期初回	8,964円	3歳～7歳6カ月に至るまで
	第1期追加	8,964円	第1期初回終了後おおむね1年～7歳6カ月に至るまで
	第1期（特例）	6,750円	7歳6カ月～20歳未満**
	第2期	6,750円	小学4年生～13歳未満
	第2期（特例）	6,750円	（小学4年生）～20歳未満**
BCG		8,694円	生後2カ月～1歳に至るまで
子宮頸がん		16,729円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,925円	生後2カ月～5歳に至るまで
小児用肺炎球菌		13,230円	生後2カ月～5歳に至るまで
水痘		10,314円	生後12カ月～3歳未満 ※1回目終了後、標準的には6カ月～12カ月までの間隔をおいて2回目を接種

* 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（乳幼児）	委託料（税込み）	3,240円
予診のみ（児童）	委託料（税込み）	3,045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 5,793円 （自己負担金 3,000円）	（1）以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6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 8,793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の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）	3,045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：越谷市立保健センター
住所：〒343-0022
越谷市東大沢1-12-1
電話：048-978-3511

平成28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	
三種混合（DPT）	第1期初回 第1期追加	7,084円	4,870円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
二種混合（DT）	第1期初回 第1期追加	7,084円	4,870円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
	第2期		4,870円	11歳0カ月～13歳0カ月未満
ポリオ単独（IPV）	第1期初回 第1期追加	11,501円	9,287円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
4種混合（DPT-IPV）	第1期初回 第1期追加	12,636円	10,422円	0歳3カ月～7歳6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11,489円		1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで 5歳0カ月～7歳0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,552円		1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで 5歳0カ月～7歳0カ月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,552円		1歳0カ月～2歳0カ月に至るまで 5歳0カ月～7歳0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加 第2期	9,125円	6,911円	0歳6カ月～7歳6カ月に至るまで 7歳6カ月～9歳0カ月に至るまで** 9歳0カ月～13歳0カ月未満 13歳0カ月～20歳0カ月未満**
BCG		7,304円		0歳0カ月～1歳0カ月に至るまで
子宮頸がん ヒブ		9,104円	16,394円	小学6年生～高校1年生相当の女子
小児用肺炎球菌		12,020円		0歳2カ月～5歳0カ月に至るまで
水痘		10,116円		1歳0カ月～3歳0カ月未満

* 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、平成7年4月2日から平成19年4月1日生まれの者（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）
小学校就学未満	3,855円
小学校就学異常	3,045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26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6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 8,000円 (自己負担金 0円)	

予診のみ	委託料（税込み）	3,045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：久喜市中央保健センター
住所：〒346-0005
久喜市本町 5-10-47
電話：0480-21-5354

平成28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
		未就学児	就学児	
三種混合（DPT）	第1期初回 第1期追加	7,250円	5,420円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合（DT）	第1期初回 第1期追加	7,020円	5,190円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期		5,190円	11歳 0カ月～13歳 0カ月未満
ポリオ単独（IPV）	第1期初回 第1期追加	11,340円	9,510円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合（DPT-IPV）	第1期初回 第1期追加	12,750円	10,910円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,990円		1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期			5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,480円		1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期			5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,490円		1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期			5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加	8,970円	7,130円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで 7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで**
	第2期		7,130円	9歳 0カ月～13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～20歳 0カ月未満**
BCG		8,700円		0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん			17,070円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,390円		0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,690円		0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		9,780円		0歳12カ月～ 3歳 0カ月未満

* 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。

予診のみ	委託料（税込み）	
	未就学児	就学児
	3,910円	3,100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 3,900円 (自己負担金 5,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護・中国残留邦人等支援受給者 8,900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） 3,100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。

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

平成28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（税込み）		対 象 年 齢
		未就学児	就学児	
DPT （三種混合）	第1期初回 第1期追加	7,051円	4,870円	0歳3カ月～7歳6カ月未満
DT （二種混合）	第1期初回 第1期追加	7,051円	4,870円	0歳3カ月～7歳6カ月未満
	第2期		4,870円	11歳0カ月～13歳0カ月未満
麻しん風しん混 合	第1期 第2期	11,455円		1歳0カ月～2歳0カ月未満 5歳0カ月～7歳0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,519円		1歳0カ月～2歳0カ月未満 5歳0カ月～7歳0カ月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,519円		1歳0カ月～2歳0カ月未満 5歳0カ月～7歳0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加	9,092円	6,911円	0歳6カ月～20歳0カ月未満**
	第2期		6,911円	9歳0カ月～20歳0カ月未満**
BCG		7,051円		0歳6カ月未満
不活化ポリオ	第1期初回 第1期追加	11,501円	9,287円	0歳3カ月～7歳6カ月未満
四種混合	第1期初回 第1期追加	12,689円	10,475円	0歳3カ月～7歳6カ月未満
ヒブ	初回 追加	9,234円		0歳2カ月～5歳未満
小児用肺炎球菌	初回 追加	12,150円		0歳2カ月～5歳未満
子宮頸がん			16,524円	12歳0カ月～17歳0カ月未満
水痘ワクチン		10,116円		1歳0カ月～3歳0カ月未満

* 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。

予 診 の み	委託料（税込み）		対象年齢
		3,855円	
		3,046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26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6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 8,000円 (自己負担金 0円)	

予診のみ

委託料（税込み）3,046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

平成28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	
三種混合（DPT）	第1期（初回・追加）	7,128 円	4,914 円	0歳3か月～7歳6か月に至るまで
二種混合（DT）	第1期（初回・追加）	7,020 円	4,806 円	0歳3か月～7歳6か月に至るまで
	第2期		4,806 円	11歳～13歳未満
ポリオ単独（IPV）	第1期（初回・追加）	11,502 円	9,288 円	0歳3か月～7歳6か月に至るまで
四種混合（DPT-IPV）	第1期（初回・追加）	12,636 円	10,422 円	0歳3か月～7歳6か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	12,150 円		1歳～2歳に至るまで
	第2期			5歳～7歳未満（就学前1年間）＊
麻しん単抗原	第1期	8,640 円		1歳～2歳に至るまで
	第2期			5歳～7歳未満（就学前1年間）＊
風しん単抗原	第1期	8,650 円		1歳～2歳に至るまで
	第2期			5歳～7歳未満（就学前1年間）＊
日本脳炎	第1期（初回・追加）	9,126 円	6,912 円	0歳6か月～7歳6か月に至るまで
	特 例			20歳未満＊＊
	第2期 特 例		6,912 円	9歳以上～13歳未満 20歳未満＊＊
BCG		8,856 円		0か月～1歳に至るまで
子宮頸がん			16,394 円	小学6年生～高校1年生相当年齢の女子
ヒブ		9,104 円		0歳2か月～5歳に至るまで
小児用肺炎球菌		12,020 円		0歳2か月～5歳に至るまで
水痘		10,116 円		1歳～3歳に至るまで

＊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、平成8年4月2日から平成19年4月1日生まれの者（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
	3,855 円	3,045 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 市への請求金額 5,000 円 (自己負担金 3,000 円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	②生活保護者 市への請求金額 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）	3,045 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：白岡市健康増進課 保健センター
 （白岡市保健福祉総合センター）
 住所：〒349-0215
 白岡市千駄野445番地
 電話：0480-92-1201

平成28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	
三種混合（DPT）	第1期初回 第1期追加	7,250 円	5,420 円	0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
二種混合（DT）	第1期初回 第1期追加	7,020 円	5,190 円	0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
	第2期		5,190 円	11 歳 0 カ月～ 13 歳 0 カ月未満
ポリオ単独（IPV）	第1期初回 第1期追加	11,340 円	9,510 円	0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
4種混合（DPT-IPV）	第1期初回 第1期追加	12,750 円	10,910 円	0 歳 3 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,990 円		1 歳 0 カ月～ 2 歳 0 カ月に至るまで
	第2期			5 歳 0 カ月～ 7 歳 0 カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,480 円		1 歳 0 カ月～ 2 歳 0 カ月に至るまで
	第2期			5 歳 0 カ月～ 7 歳 0 カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,490 円		1 歳 0 カ月～ 2 歳 0 カ月に至るまで
	第2期			5 歳 0 カ月～ 7 歳 0 カ月未満*
日本脳炎	第1期初回 第1期追加	8,970 円	7,130 円	0 歳 6 カ月～ 7 歳 6 カ月に至るまで 9 歳 0 カ月～ 20 歳 0 カ月未満**
	第2期		7,130 円	9 歳 0 カ月～ 20 歳 0 カ月未満**
BCG		8,700 円		1 歳 0 カ月に至るまで
子宮頸がん			17,070 円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,390 円		0 歳 2 カ月～ 5 歳 0 カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		12,690 円		0 歳 2 カ月～ 5 歳 0 カ月に至るまで
水痘		9,780 円		1 歳 0 カ月～ 3 歳 0 カ月に至るまで

* 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	3,910 円
	就学後	3,100 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 3,900 円 (自己負担金 5,000 円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生大正5年4月2日生～大正6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 8,900 円 (自己負担金 0 円)	

予診のみ	委託料（税込み） 3,100 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。

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

平成28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
三種混合 （DPT）	第1期初回	7,082円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,082円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 （DT）	第1期初回	6,974円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,974円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	5,748円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,402円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,402円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12,590円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,590円	0歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,834円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,834円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,270円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,270円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,324円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,324円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,918円	0歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	8,918円	9歳 0カ月～ 20歳 0カ月に至るまで**
	第2期	8,918円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満
			13歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**
BCG		8,810円	0歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		17,618円	小学6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		10,041円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,238円	0歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,214円	1歳 0カ月～ 3歳 0カ月未満

* 但し、第2期は対象年齢内であって、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） 2,785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	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	5,000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	(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
	8,000円 (自己負担金 0円)	

予診のみ	委託料（税込み） 2,785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）

平成28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
三種混合 (DPT)	第1期初回	7,241円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	7,241円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
二種混合 (DT)	第1期初回	6,953円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	6,953円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第2期	4,739円	11歳 0カ月～13歳 0カ月未満
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	11,678円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	11,678円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	12,636円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
	第1期追加	12,636円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	11,993円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	11,993円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,370円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,370円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
風しん単抗原	第1期	8,424円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで
	第2期	8,424円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*
日本脳炎	第1期初回	9,072円	歳 6カ月～ 7歳 6カ月に至るまで 7歳 6カ月～ 9歳 0カ月に至るまで** 9歳 0カ月～13歳 0カ月未満 13歳 0カ月～20歳 0カ月未満**
	7歳6カ月未満	6,858円	
	7歳6カ月以上		
	第1期追加	9,072円	
	7歳6カ月未満	6,858円	
	7歳6カ月以上	6,858円	
	第2期		
BCG		8,856円	歳 0カ月～ 1歳 0カ月に至るまで
子宮頸がん		16,669円	小学6年～ 高校1年 相当の女子
ヒブ		10,476円	歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,392円	歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで
水痘		10,476円	0歳12カ月～ 3歳 0カ月未満

*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。

予診のみ	委託料（税込み）3,046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 6,278円 (自己負担金2,000円)	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生、大正5年4月2日生～大正6年4月1日生
	② 生活保護受給者 8,278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）3,046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

平成28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	
三種混合 （DPT）	第1期初回	7182 円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	7182 円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
二種混合 （DT）	第1期初回	7020 円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	7020 円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第2期	4806 円	11歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満	
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11502 円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	11502 円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回	12636 円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	12636 円	歳 3カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期	12150 円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	12150 円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*	
麻しん単抗原	第1期	8656 円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	8656 円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*	
風しん単抗原	第1期	8656 円	1歳 0カ月～ 2歳 0カ月に至るまで	
	第2期	8656 円	5歳 0カ月～ 7歳 0カ月未満*	
日本脳炎	第1期初回	9126 円	3歳 0カ月～ 7歳 6カ月に至るまで	
	第1期追加	9126 円	9歳 0カ月～ 20歳 0カ月に至るまで**	
	第2期	6912 円	9歳 0カ月～ 13歳 0カ月未満	
			9歳 0カ月～ 20歳 0カ月未満**	
BCG		8856 円	歳 2カ月～ 1歳 0カ月に至るまで	
子宮頸がん		16362 円	小学6年生～高校1年生相当の女子	
ヒブ		10087 円	歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで	
小児用肺炎球菌		13392 円	歳 2カ月～ 5歳 0カ月に至るまで	
水痘		10476 円	0歳 12カ月～ 3歳 0カ月未満	

* 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。

予診のみ	委託料（税込み）3045 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	（1）以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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
	5154 円 （自己負担金 3000 円）	
	②生活保護・中国残留邦人等支援受給者	
	8154 円 （自己負担金 0 円）	

予診のみ	委託料（税込み）3045 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。

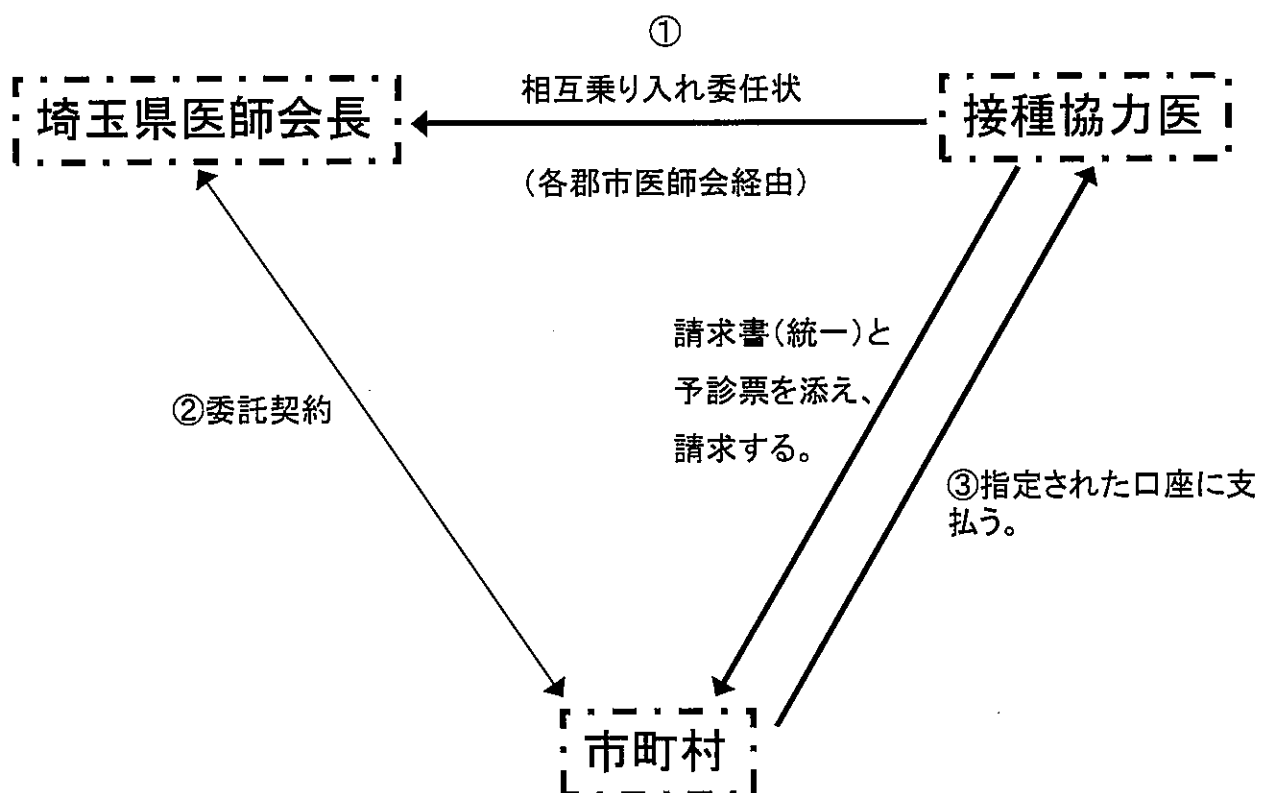
問い合わせ先：松伏町保健センター

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



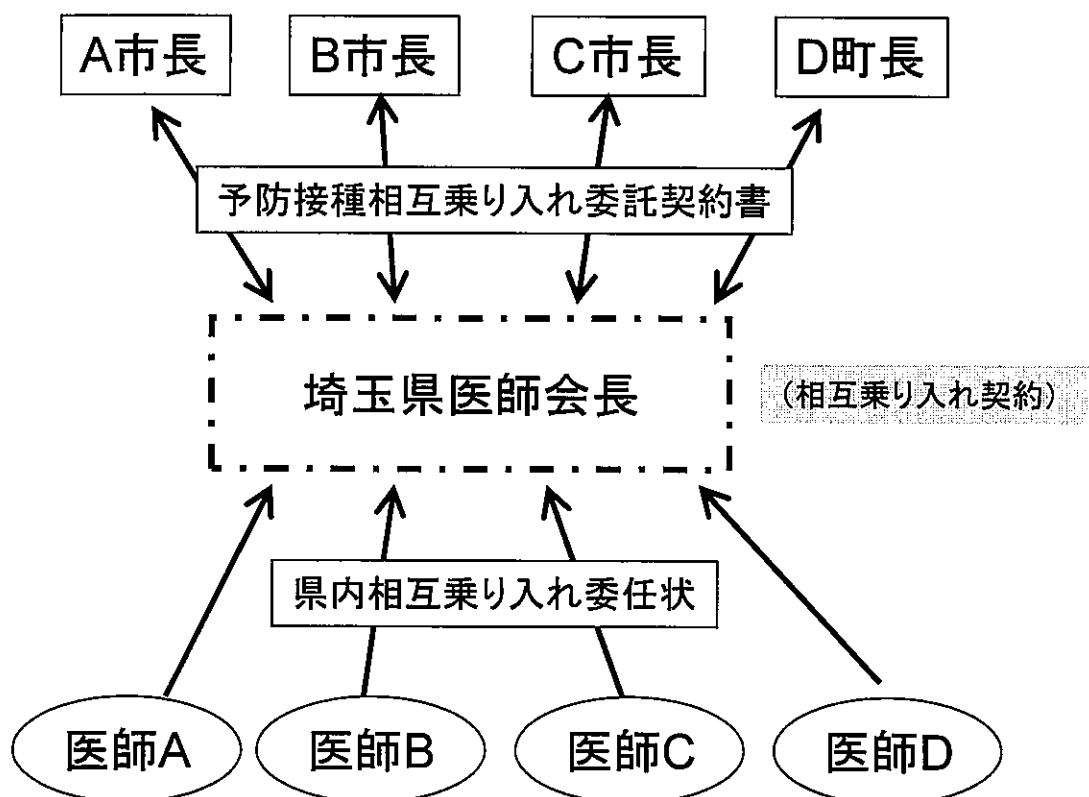
※請求書は県内乗り入れ用統一様式(様式2)とし、接種協力医や医療機関へ配布する。

※接種協力医(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

相互乗り入れ個別契約

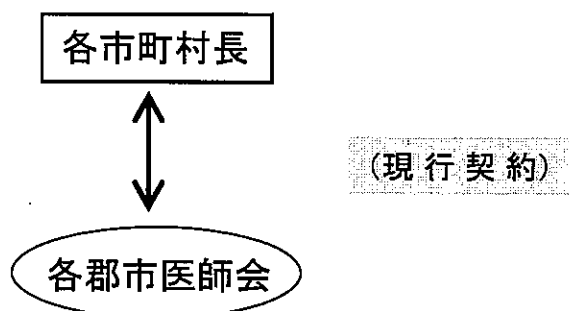


* 県医師会会員の医師は、県医師会長に委任状を提出する

+

従来の市町村区域内個別接種契約

基本



各市町村区域内医療機関(医師会非加入医療機関除く)

埼玉県住所外定期予防接種(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)、三種混合(DPT)、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、子宮頸がん、水痘、高齢者用肺炎球菌
- (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い、当該市町村に請求する。
- (2) 集団接種を行っている市町村は、新たに住所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、毎年度及び随時、委託契約した金額の予防接種料金表を作成し、契約書を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、各市町村長と一般社団法人埼玉県医師会会員(以下、「埼玉県医師会会員」という。)である接種協力医の代理人として一般社団法人埼玉県医師会会長(以下、「埼玉県医師会会長」という。)との間に交わすものであり、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医療機関の施設長は、埼玉県医師会会員でないならない。

- (5) 埼玉県医師会会員で、相互乗り入れに賛同する接種協力医が所属する医療機関（以下、「接種協力医療機関」という。）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会員とする。ただし、勤務医に関しては、施設長が推薦し、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、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、接種協力医療機関や接種可能なワクチンを、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 接種料金の請求方法

- (1) 接種協力医は、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、各医療機関に配布する。
- この場合、接種協力医に住所外定期予防接種（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表をあらかじめ配布しておき、これを元に接種協力医は請求書を作成し、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、居住地市町村のものを使用する。
- (3) 接種医療機関は、接種の際は必ず健康保険証と母子健康手帳等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、当面の間は本要綱に賛同した市町村から始める。
- (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－IPV）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。

平成28年度

埼玉県住所外定期予防接種（インフルエンザ除く）相互乗り入れ委託契約書

埼玉県〇〇市町村（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、〇〇市町村の区域外（埼玉県の区域内に限る。以下「住所外市町村区域」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、乙の会員等で接種協力医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「埼玉県住所外定期予防接種（インフルエンザを除く）」（以下、「住所外定期予防接種」という。）とは、〇〇市町村の住民のうち、次の各号に掲げる者が、住所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、接種協力医が行う予防接種をいう。

- （1） かかりつけ医が住所外市町村の接種協力医である者
- （2） 里帰り出産等で一時的に住所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、主治医が住所外区域の接種協力医である者
- （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」とは、埼玉県医師会の会員等たる医師のうち、住所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ものをいう。

（委託業務）

第2条 甲は、住所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、接種協力医が開設し、又は所属する医療機関において、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の指揮監督に努めなければならない。

4 接種協力医は、業務の実施に当たっては、接種協力医の属する医療機関の名称、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、甲に通知するものとする。

(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、次にとおりとする。

- (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1条の3に規定する定期予防接種のうち次のワクチンとする。

- (1) 二種混合 (D T)
- (2) 三種混合 (D P T)
- (3) 麻しん風しん混合 (MR)
- (4) 麻しん単抗原
- (5) 風しん単抗原
- (6) 日本脳炎
- (7) B C G
- (8) 不活化ポリオ単独 (I P V)
- (9) 四種混合 (D P T - I P V)
- (10) ヒブ
- (11) 小児用肺炎球菌
- (12) 子宮頸がん
- (13) 水痘
- (14) 高齢者用肺炎球菌

3 接種協力医は、住所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、〇〇市町村の定める単価（以下「居住地単価」という。）とする。

(委託料の支払い)

第6条 接種協力医は、前条に定める委託料を請求しようとするときは、住所外定期予防接種を実施した月ごとに取りまとめ、当該実施した翌月の15日（年度

末にあっては翌月の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30日以内に委託料を接種協力医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のほか、甲は、乙及び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ら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カ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、平成28年4月1日から平成29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。

平成28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)

平成28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

市町村

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対象年齢			
三種混合 (DPT)	第1期初回	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
	第1期追加	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
二種混合 (DT)	第1期初回	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
	第1期追加	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
	第2期	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月未満
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
	第1期追加	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV)	第1期初回	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
	第1期追加	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
	第2期	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月未満*
麻しん単抗原	第1期	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
	第2期	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月未満*
風しん単抗原	第1期	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
	第2期	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月未満*
日本脳炎	第1期初回	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
	第1期追加	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで**
	第2期	円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月未満
		円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月未満**
BCG		円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
子宮頸がん		円	歳～	歳相当の女子		
ヒブ		円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
小児用肺炎球菌		円	歳	ヵ月～	歳	ヵ月に至るまで
水痘		円	0歳12ヵ月～ 3歳 0ヵ月未満			

* 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。

予診のみ	委託料（税込み）	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	(1) 以下の者 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生、昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生、昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生 昭和6年4月2日生～昭和7年4月1日生、大正15年4月2日生～昭和2年4月1日生 大正10年4月2日生～大正11年4月1日生 大正5年4月2日生～大正6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
	円	
	(自己負担金 円)	
	②生活保護・非課税対象者・中国残留邦人等支援受給者	
	円	
	(自己負担金 円)	

予診のみ	委託料（税込み）	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：〇〇市町村保健センター

住所：〒

〇〇市（町村は、〇〇郡から記入）〇〇町1-1-1

電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

**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

(平成28年度改訂)

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ない。」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）、三種混合（DPT）、麻しん風しん混合、麻しん単抗原、風しん単抗原、日本脳炎、BCG（結核）、不活化ポリオ単独、四種混合、子宮頸がん、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘、高齢者用肺炎球菌が対象となります。

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、どこで受けることができるのですか？

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と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くことになります。

市 町 村→契約書、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

接種協力医→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

Q4：なぜ、住所地外定期予防接種相互乗り入れを行うのですか？

少子高齢社会を迎え、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員である接種協力医師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るのですか？

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。

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

Q8: 接種料金はどのようなのですか。

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県医師会会員であ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」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下さい。

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下さい。

法令で規定されている接種対象年齢の範囲内にあつて、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下さい。

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、「〇〇市町村長委託医療機関 医療機関の長 印」とし、予防接種済証を発行してください。

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下さい。

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下さい。

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下さい。

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回分請求して下さい。

< 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は、県医師会長に医師会所定の委任状を提出します。

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、「……接種協力医が開設し又は所属する医療機関等の医療提供施設において、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？

県医師会会員に限られます。

医師会に加入していない住所地外の医師とは、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ず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下さい。

< 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同一条件であることが必須条件です。

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の 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。

各種樣式

委任状

平成 年 月 日

一般社団法人埼玉県医師会長 様

郡市医師会

医療機関名

所在地

電話番号

施設長名

⑩

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）
	三種混合（D P 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
	B C G

実施欄	予防接種の種類
	不活化ポリオ単独（I P V）
	四種混合（D P T - I P V）
	ヒブ
	小児用肺炎球菌
	子宮頸がん
	水痘
	高齢者用肺炎球菌

委託契約期間

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 までとする。

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	印	No.	氏名	印	No.	氏名	印
1			6			11		
2			7			12		
3			8			13		
4			9			14		
5			10			15		

※ 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

(表)

No.	氏名	印	No.	氏名	印	No.	氏名	印
16			21			26		
17			22			27		
18			23			28		
19			24			29		
20			25			30		

(裏)

委任状変更届

平成 年 月 日

一般社団法人埼玉県医師会長 様

郡市医師会

医療機関名

所在地

電話番号

施設長名

印

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、必要事項を記入ください。

□ 1. 医療機関名、所在地、施設長

変更前

変更後

医療機関名

所在地

施設長名

□ 2. 実施予防接種の種類

変更前

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)		不活化ポリオ単独(I P V)
	三種混合(D P T)		四種混合(D P T - I P V)
	麻しん風しん混合(M R)		ヒブ
	麻しん単抗原		小児用肺炎球菌
	風しん単抗原		子宮頸がん
	日本脳炎		水痘
	B C G		高齢者用肺炎球菌

実施欄	予防接種種類	実施欄	予防接種種類
	二種混合(D T)		不活化ポリオ単独(I P V)
	三種混合(D P T)		四種混合(D P T - I P V)
	麻しん風しん混合(M R)		ヒブ
	麻しん単抗原		小児用肺炎球菌
	風しん単抗原		子宮頸がん
	日本脳炎		水痘
	B C G		高齢者用肺炎球菌

□ 3. 接種協力医師

No.	氏 名	印	該当するものに○	No.	氏 名	印	該当するものに○
1			削除 ・ 追加	5			削除 ・ 追加
2			削除 ・ 追加	6			削除 ・ 追加
3			削除 ・ 追加	7			削除 ・ 追加
4			削除 ・ 追加	8			削除 ・ 追加

※ 書ききれない場合は、裏面に記入下さい

※ 登録は、原則として医師会会員とする

(表)

埼玉県医師会

No.	氏 名	印	該当するものに○	No.	氏 名	印	該当するものに○
9			削除 ・ 追加	13			削除 ・ 追加
10			削除 ・ 追加	14			削除 ・ 追加
11			削除 ・ 追加	15			削除 ・ 追加
12			削除 ・ 追加	16			削除 ・ 追加

(裏)

委任状取り下げ申出書

平成 年 月 日

一般社団法人埼玉県医師会長 様

郡市医師会 _____

医療機関名

所 在 地

電 話 番 号

施設長 名

印

当該医療機関が貴会に提出した住所地外定期医予防接種（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させていただきますようお願い申し上げます。

埼玉県医師会

予防接種相互乗り入れ委託料請求書

請求金額

円

平成 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			

平成 年 月 日

市町村長

住 所

医療機関名

施 設 長 名

印

口座振替

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

様式 3

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

年 月 日

埼玉県

市町村委託医療機関



※必ず医療機関の長の印を押してください。

