

2019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

（令和元年10月1日改定）和光市

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対 象 年 齢			
二種混合 （DT）	第1期初回	7, 172円	0歳	3か月～	7歳	6か月に至るまで
	第1期追加	7, 172円	0歳	3か月～	7歳	6か月に至るまで
	第2期	4, 917円	11歳	0か月～	13歳	0か月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11, 737円	0歳	3か月～	7歳	6か月に至るまで
	第1期追加	11, 737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	12, 892円	0歳	3か月～	7歳	6か月に至るまで
	第1期追加	12, 892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, 397円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	10, 967円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満*
麻しん単抗原	第1期	8, 822円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	8, 822円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満*
風しん単抗原	第1期	8, 833円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	8, 833円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満*
日本脳炎	第1期初回	8, 602円	0歳	6か月～	7歳	6か月に至るまで
	第1期追加	（7歳6か月未満） 7, 777円	9歳	0か月～	13歳	0か月未満
	第2期	（9歳以上） 7, 777円	13歳	0か月～	20歳	0か月に至るまで**
BCG		9, 042円	0歳	0か月～	1歳	0か月に至るまで
子宮頸がん		16, 687円	小学6年生～高校1年生相当の女子			
ヒブ		10, 296円	0歳	2か月～	5歳	0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		13, 662円	0歳	2か月～	5歳	0か月に至るまで
水痘		10, 692円	1歳	0か月～	3歳	0か月に至るまで
B型肝炎		8, 362円	0歳	0か月～	1歳	0か月に至るまで

* 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）3, 300円

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対 象 年 齢
高齢者用 肺炎球菌	①一般対象者 5, 697円 （自己負担金 3, 000円）	（1）以下の者 昭和29年4月2日生～昭和30年4月1日生、昭和24年4月2日生～昭和25年4月1日生 昭和19年4月2日生～昭和20年4月1日生、昭和14年4月2日生～昭和15年4月1日生 昭和9年4月2日生～昭和10年4月1日生、昭和4年4月2日生～昭和5年4月1日生 大正13年4月2日生～大正14年4月1日生、大正8年4月2日生～大正9年4月1日生 大正8年4月1日以前に生まれた者 （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
	②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8, 697円 （自己負担金 0円）	

予診のみ

委託料（税込み）3, 102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：〒351-1016

和光市広沢1-5

電話：048-465-0311