

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

北本市

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	6,724円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	6,724円	0歳 3か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第2期	5,574円	11歳 0か月～ 13歳 0か月未満
ポリオ単独 （IPV）	第1期初回	11,143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	12,143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	11,152円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期		5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期	7,652円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期		5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期	7,739円	1歳 0か月～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期		5歳 0か月～ 7歳 0か月未満*
日本脳炎	第1期初回	8,668円	0歳 6か月～ 7歳 6か月に至るまで
	第1期追加	8,668円	9歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
	第2期	7,518円	9歳 0か月～ 13歳 0か月未満
	第2期	7,518円	13歳 0か月～ 20歳 0か月未満**
BCG		8,560円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
子宮頸がん		17,130円	小学校6年生～高校1年生相当の女子
ヒブ		9,791円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		13,096円	0歳 2か月～ 5歳 0か月に至るまで
水痘		9,964円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
B型肝炎		7,451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。

***但し、HBs抗原陽性の妊婦から生まれた乳児として、健康保険の給付によりB型肝炎ワクチンの投与（抗HBs人免疫グロブリンを併用）の全部又は一部を受けた者は除く。

予診のみ（6歳未満）	委託料（税込み）3,855円
予診のみ（6歳以上）	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 5,741円 (自己負担金 2,500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生活保護世帯対象者・中国残留邦人等支援給付制度の受給者(※1) 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)。

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。

○(※1)対象者は生活保護受給者証又は中国残留邦人確認証の写しを、(※2)対象者は、身体障害者手帳1級の写し又は診断書を請求書に添付すること。

問い合わせ先：北本市健康推進部健康づくり課

住所：〒364-8633

北本市本町1-111

電話：048-594-5544