

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) 行田市

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	3歳未満 7,084円	0歳	3か月～	7歳	6か月に至るまで
	第1期追加	6歳未満 5,667円	0歳	3か月～	7歳	6か月に至るまで
	第2期	13歳未満 4,857円	11歳	0か月～13歳	0か月未満	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回	3歳未満 11,536円	0歳	3か月～	7歳	6か月に至るまで
	第1期追加	6歳未満 10,120円 7歳6か月未満 9,209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	3歳未満 12,852円	0歳	3か月～	7歳	6か月に至るまで
	第1期追加	6歳未満 11,435円 7歳6か月未満 10,626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	12,144円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	10,727円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満*
麻しん単抗原	第1期	8,602円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	7,185円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満*
風しん単抗原	第1期	8,602円	1歳	0か月～	2歳	0か月に至るまで
	第2期	7,185円	5歳	0か月～	7歳	0か月未満*
日本脳炎	第1期初回		3歳	0か月～	7歳	6か月に至るまで
	第1期追加	6歳未満 7,691円	9歳	0か月～20歳	0か月に至るまで**	
	第2期	20歳未満 6,881円	9歳	0か月～13歳	0か月未満	
BCG		8,804円	9歳	0か月～20歳	0か月未満**	
子宮頸がん		16,394円	12歳～16歳相当の女子			
ヒブ		3歳未満 10,018円 5歳未満 8,602円	0歳	2か月～	5歳	0か月に至るまで
小児用肺炎球菌		3歳未満 13,560円 5歳未満 12,144円	0歳	2か月～	5歳	0か月に至るまで
水痘		10,423円	1歳	0か月～	3歳	0か月に至るまで
B型肝炎		7,893円	0歳	2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） 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 4,096円 (自己負担金 4,000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生活保護・中国残留邦人等 支援受給者 8,096円 (自己負担金 0円)	(2) 60歳以上 65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は 呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限さ れる程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスによ り免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を 有する者

予診のみ

委託料（税込み） 1,790円

※委託料は消費税及び地方消費税を加算した金額とする。

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