

令和7年度 住所地外定期予防接種相互乗り入れ料金表

川越市

小児

接種ワクチンの種類		委託料(税込み)	対象年齢	
ヒブ		7, 940円	0歳 2ヶ月 ~ 5歳 0ヶ月に至るまで	
小児用肺炎球菌	15価 20価	10, 910円	0歳 2ヶ月 ~ 5歳 0ヶ月に至るまで	
B型肝炎		6, 620円	0歳 0ヶ月 ~ 1歳 0ヶ月に至るまで	
ロタウイルス	ロタリック(1価) ロタック(5価)	15, 400円 10, 340円	生後6週0日 ~ 生後24週0日に至るまで 生後6週0日 ~ 生後32週0日に至るまで	
ポリオ単独 (IPV)	第1期初回・追加	10, 290円	0歳 2ヶ月 ~ 7歳 6ヶ月に至るまで	
4種混合 (DPT-IPV-Hib)	第1期初回・追加	11, 510円	0歳 2ヶ月 ~ 7歳 6ヶ月に至るまで	
5種混合 (DPT-IPV-Hib)	第1期初回・追加	20, 790円	0歳 2ヶ月 ~ 7歳 6ヶ月に至るまで	
BCG		12, 920円	0歳 0ヶ月 ~ 1歳 0ヶ月に至るまで	
水痘		9, 170円	1歳 0ヶ月 ~ 3歳 0ヶ月に至るまで	
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11, 510円 11, 510円	1歳 0ヶ月 ~ 2歳 0ヶ月に至るまで 5歳 0ヶ月 ~ 7歳 0ヶ月未満*1	
麻しん単抗原	第1期 第2期	7, 840円 7, 840円	1歳 0ヶ月 ~ 2歳 0ヶ月に至るまで 5歳 0ヶ月 ~ 7歳 0ヶ月未満*1	
風しん単抗原	第1期 第2期	7, 840円 7, 840円	1歳 0ヶ月 ~ 2歳 0ヶ月に至るまで 5歳 0ヶ月 ~ 7歳 0ヶ月未満*1	
日本脳炎	第1期初回・追加 第2期	9, 480円 8, 760円 8, 760円	0歳 6ヶ月 ~ 7歳 6ヶ月に至るまで 9歳 0ヶ月 ~ 13歳 0ヶ月に至るまで 13歳 0ヶ月 ~ 20歳 0ヶ月未満*2	
二種混合 (DT)	第1期初回・追加 第2期	7, 840円 7, 230円	0歳 3ヶ月 ~ 7歳 6ヶ月に至るまで 11歳 0ヶ月 ~ 13歳 0ヶ月未満	
HPV	2価・4価 9価	17, 820円 28, 820円	小学6年生 ~ 高校1年生相当の女子 ※R4.4.1~R7.3.31に1回以上接種している キャッチャップ接種対象者および平成20年度生まれの女子	

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

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

予診のみ	委託料(税込み)		
	6歳未満	2, 550円	6歳以上

成人

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*3		①一般対象者 3, 350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 8, 350円 (自己負担金 0円)	(1) 65歳の方 (2) 60~64歳で心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活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 * 3これまでに肺炎球菌ワクチンを1回でも受けたことのある者は定期接種の対象外
帯状疱疹	組換え ワクチン	①一般対象者 3, 800円 (自己負担金 18, 260円) ②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 22, 060円 (自己負担金 0円)	(1) 年度内に65歳を迎える方 (2) 60~64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害があり日常生活がほとんど不可能な方。 (3) 令和7年度から令和11年度までの5年間の経過措置として、その年度内に70、75、80、85、90、95、100歳*4となる方も対象となります。
	生 ワクチン	①一般対象者 3, 800円 (自己負担金 5, 060円) ②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8, 860円 (自己負担金 0円)	* 4100歳以上の方については、令和7年度に限り全員対象
第5期用 麻しん風しん混合		10, 796円	昭和37年4月2日~昭和54年4月1日生まれの男性で、令和6年度末までに抗体検査を実施した結果、風しんの抗体が不十分な方であってMRワクチンの偏在等が生じたことを理由にワクチンの接種ができなかったと市町村長が認める方
第5期用 風しん単抗原		7, 130円	注：令和7年度以降、抗体検査を実施した方は対象外

予診のみ	委託料(税込み)	
	高齢者用肺炎球菌・帯状疱疹	1, 830円
	第5期用 麻しん風しん混合 第5期用 風しん単抗原	1, 833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。消費税率10%

※高齢者用肺炎球菌、帯状疱疹では、生活保護受給者は受給者証の写し、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、身体障害者手帳の写し、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：〒330-1104 川越市大字小ヶ谷817-1 電話：049-229-4123