

令和7年度 住所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か月 ～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	15価 20価	10,910円	0歳 2か月 ～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		6,620円	0歳 0か月 ～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	ロタリックス（1価） ロタテック（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か月 ～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 （DPT-IPV）	第1期初回・追加	11,510円	0歳 2か月 ～ 7歳 6か月に至るまで
5種混合 （DPT-IPV-Hib）	第1期初回・追加	20,790円	0歳 2か月 ～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		12,920円	0歳 0か月 ～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		9,170円	1歳 0か月 ～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合	第1期 第2期	11,510円 11,510円	1歳 0か月 ～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月 ～ 7歳 0か月未満*1
麻しん単抗原	第1期 第2期	7,840円 7,840円	1歳 0か月 ～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月 ～ 7歳 0か月未満*1
風しん単抗原	第1期 第2期	7,840円 7,840円	1歳 0か月 ～ 2歳 0か月に至るまで 5歳 0か月 ～ 7歳 0か月未満*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か月 ～ 7歳 6か月に至るまで 9歳 0か月 ～ 13歳 0か月に至るまで 13歳 0か月 ～ 20歳 0か月未満*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か月 ～ 7歳 6か月に至るまで 11歳 0か月 ～ 13歳 0か月未満
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 キャッチア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	1,830円

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
	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。
带状疱疹	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・带状疱疹	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、带状疱疹では、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