

令和7年度 住所外定期予防接種相互乗り入れ料金表

戸田市

小児

| 接種ワクチンの種類 | | 委託料（税込み） | 対 象 年 齢 |
|-----------------------|------------------------|----------------------------|--|
| ヒブ | | 10,824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 | 13,816円 13,816円 | 0歳 2か月 ～ 5歳 0か月に至るまで |
| B型肝炎 | | 8,525円 | 0歳 0か月 ～ 1歳 0か月に至るまで |
| ロタウイルス | ロタリクス（1価） ロタテック（5価） | 16,291円 11,264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 | 11,891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 | 13,046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 | 22,033円 | 0歳 2か月 ～ 7歳 6か月に至るまで |
| BCG | | 13,046円 | 0歳 0か月 ～ 1歳 0か月に至るまで |
| 水痘 | | 10,846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 | 12,056円 10,626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 | 8,976円 7,546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 | 8,987円 7,557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 | 8,096円 7,271円 7,271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 | 7,640円 5,385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 | 16,841円 28,171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 |

*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。

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 5,851円 （自己負担金 3,000円） ②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者 8,851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 9,791円 （自己負担金12,000円） ②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者 21,791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 4,591円 （自己負担金 4,000円） ②生活保護・非課税対象者・ 中国残留邦人等支援受給者 8,591円 （自己負担金 0円） | *4 100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 | 9,801円 | 昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの方で、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 | | 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）3,201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%

※高齢者用肺炎球菌の請求の際は、「接種券」を添付、該当者のみ「無料券」を添付。

※带状疱疹の請求の際は、該当者のみ「無料券」を添付。

| |
|---|
| 問い合わせ先：戸田市福祉保健センター 住所：〒335-0022 戸田市大字上戸田5番地の6 電話：048-446-6479 |
|---|

| | |
|------|----------------|
| 予診のみ | 委託料（税込み）3,201円 |
|------|----------------|