

令和7年度 住所外定期予防接種相互乗り入れ料金表

富士見市

小児

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対 象 年 齢
ヒブ		9,688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	11,964円	0歳 2か月 ～ 5歳 0か月に至るまで
	20価	11,964円	
B型肝炎		6,956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）	14,685円	生後6週0日 ～ 生後24週0日に至るまで
	ロタテック（5価）	9,658円	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	10,267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	12,152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	20,000円	0歳 2か月 ～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		12,230円	0歳 0か月 ～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		9,290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	11,524円	1歳 0か月 ～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期	10,476円	5歳 0か月 ～ 7歳 0か月未満*1
麻しん単抗原	第1期	8,580円	1歳 0か月 ～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期	8,580円	5歳 0か月 ～ 7歳 0か月未満*1
風しん単抗原	第1期	8,580円	1歳 0か月 ～ 2歳 0か月に至るまで
	第2期	8,580円	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	8,905円	0歳 6か月 ～ 7歳 6か月に至るまで
		8,067円	9歳 0か月 ～ 13歳 0か月に至るまで
		8,067円	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	6,694円	0歳 3か月 ～ 7歳 6か月に至るまで
	第2期	6,694円	11歳 0か月 ～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価	17,286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
	9価	30,000円	

*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）3,562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 5, 8 4 6 円 （自己負担金 3, 0 0 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
		②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8, 8 4 6 円 （自己負担金 0 円）	
带状疱疹	組換え ワクチン	①一般対象者 9, 0 6 0 円 （自己負担金 1 3, 0 0 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。 * 4 100 歳以上の方については、令和7年度に限り全 員対象
		②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 2 2, 0 6 0 円 （自己負担金 0 円）	
	生 ワクチン	①一般対象者 5, 8 6 0 円 （自己負担金 3, 0 0 0 円）	
		②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8, 8 6 0 円 （自己負担金 0 円）	
第5期用 麻しん風しん混合		9, 7 4 3 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 注：令和7年度以降、抗体検査を実施した方は対象外
第5期用 風しん単抗原			

予診のみ	委託料（税込み）2,750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 %

問い合わせ先：富士見市健康増進センター
住所：〒354-0021 富士見市大字鶴馬3351-2
電話：049-252-3771