

令和7年度 住所外定期予防接種相互乗り入れ料金表

美里町

小児

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対 象 年 齢
ヒブ		10,380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	13,266円 13,266円	0歳 2か月 ～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		7,935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）	16,353円 11,326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	10,836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	13,392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	21,482円	0歳 2か月 ～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		13,301円	0歳 0か月 ～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		10,153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	12,751円 12,201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	8,146円 8,146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	8,146円 8,146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	9,368円 8,045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	6,711円 6,711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	17,426円 30,053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 6,706円 （自己負担金 2,000円） ②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8,706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 16,560円 （自己負担金 5,500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 6,860円 （自己負担金 2,000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）	*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		9,808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			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）1,875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：美里町役場 こども未来課（子どもの予防接種）住民保険課（大人の予防接種）
住所：こども未来課〒367-0194 児玉郡美里町大字木部 323-1
住民保険課〒367-0112 児玉郡美里町大字木部 538-5（保健センター）
電話：こども未来課0495-76-2277/住民保険課（保健センター）0495-76-2855

予診のみ	委託料（税込み）3,300円
------	----------------