

令和7年度 住所地外定期予防接種相互乗り入れ料金表

行田市

小児

接種ワクチンの種類		委託料(税込み)	対象年齢
ヒブ		10, 550円 9, 120円	0歳 2か月～ 3歳 0か月に至るまで 3歳 0か月～ 5歳 0か月に至るまで
小児用肺炎球菌	15価・20価	13, 790円 12, 360円	0歳 2か月～ 3歳 0か月に至るまで 3歳 0か月～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		8, 160円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
ロタウイルス	四回ワクチン(1価) 四回ワクチン(5価)	16, 370円 11, 350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, 700円 10, 270円 9, 440円	0歳 2か月～ 3歳 0か月に至るまで 3歳 0か月～ 6歳 0か月に至るまで 6歳 0か月～ 7歳 6か月に至るまで
4種混合 (DPT-IPV-Hib)	第1期初回・追加	13, 020円 11, 590円 10, 760円	0歳 2か月～ 3歳 0か月に至るまで 3歳 0か月～ 6歳 0か月に至るまで 6歳 0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, 000円 20, 570円 19, 750円	0歳 2か月～ 3歳 0か月に至るまで 3歳 0か月～ 6歳 0か月に至るまで 6歳 0か月～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		12, 850円	0歳 0か月～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		10, 650円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで
麻しん風しん混合*1	第1期 第2期	12, 410円 10, 980円 10, 160円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで 3歳 0か月～ 6歳 0か月に至るまで 6歳 0か月～ 9歳 0か月未満
麻しん単抗原*1	第1期 第2期	8, 800円 7, 370円 6, 540円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで 3歳 0か月～ 6歳 0か月に至るまで 6歳 0か月～ 9歳 0か月未満
風しん単抗原*1	第1期 第2期	8, 790円 7, 360円 6, 540円	1歳 0か月～ 3歳 0か月に至るまで 3歳 0か月～ 6歳 0か月に至るまで 6歳 0か月～ 9歳 0か月未満
日本脳炎	第1期初回・追加 第2期	9, 280円 7, 850円 7, 020円	0歳 6か月～ 3歳 0か月に至るまで 3歳 0か月～ 6歳 0か月に至るまで 6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, 300円 5, 870円 5, 040円	0歳 3か月～ 3歳 0か月に至るまで 3歳 0か月～ 6歳 0か月に至るまで 6歳 0か月～ 7歳 6か月に至るまで
HPV	2価・4価 9価	16, 650円 26, 670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

* 1但し、第1期は、1歳～2歳未満。第2期は、小学校に入学する前年度の者に限る。それ以外は特例対象者のみ。

* 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) 1, 770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 6, 400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, 400円 (自己負担金 0円)	(1) 接種日に65歳の方 (2) 接種日に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です。
組換え ワクチン (1回)	①一般対象者 5, 000円 (自己負担金 17, 060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) 接種日に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。
帯状疱疹	①一般対象者 5, 000円 (自己負担金 3, 860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となります。
第5期用 麻しん風しん混合	10, 004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

予診のみ 委託料(税込み) 1, 790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：行田市健康福祉部健康課
住所：〒361-8601 行田市本丸2-5
電話：048-556-1111（代表）内線361～364

問い合わせ先：行田市こども家庭センター

住所：〒361-0023 行田長野2-3-17

電話：048-579-8033