

令和7年度 住所地外定期予防接種相互乗り入れ料金表

春日都市

小児

接種ワクチンの種類	委託料（税込み）	対象年齢
ヒブ	10,738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 13,814円 13,814円	0歳 2か月～5歳 0か月に至るまで
B型肝炎	8,415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) 16,564円 11,537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 11,889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 13,154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	10,844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 12,551円 第2期 10,296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 9,009円 第2期 9,009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 9,009円 第2期 6,754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 9,469円 第2期 (6歳未満) 7,214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 7,324円 第2期 (6歳以上) 5,071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 16,839円 28,721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	4,026円
6歳以上	3,201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 5,875円 (自己負担金 2,500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
帯状疱疹	②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8,375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。 *4100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。
生 ワクチン	①一般対象者 4,060円 (自己負担金 18,000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。 *4100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	10,296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	6,754円	

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%

※高齢者用肺炎球菌及び帯状疱疹接種者は、生活保護受給者は受給証、中国残留邦人等支援受給者は本人確認証の写しを請求時に予診票に添付してください。

また、対象年齢の（2）に該当する人は身体障害者手帳1級の写し、または医師の診断書を添付してください。

問い合わせ先：春日都市 健康課 予防担当

住所：〒344-8577

春日都市中央七丁目2番地1

電話：048-736-1199（健康課直通）