

令和7年度 住所外定期予防接種相互乗り入れ料金表

越谷市

小児

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）	対 象 年 齢
ヒブ		10,618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	ヘパ`タ`ックス ビ`ームゲン	8,212円 8,070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）	16,217円 11,374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	11,726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	13,083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 クイントバ`ック ゴ`ベ`ック	22,033円 21,956円	0歳 2か月 ～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		13,101円	0歳 0か月 ～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		10,681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	12,404円 12,404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	8,844円 8,844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	8,844円 8,844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 特例	9,306円 7,051円 7,051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	7,326円 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	サーバ`リックス（2価） ガー`ダ`シル（4価） シルバ`ード`9（9価）	16,676円 16,676円 27,643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 5,580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 8,580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
	組換え ワクチン	①一般対象者 9,626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 21,626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。
帯状疱疹	生 ワクチン	①一般対象者 4,426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 8,426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		10,149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 きなかつたと市町村長が認める方
第5期用 風しん単抗原		6,589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 %

問い合わせ先：越谷市保健センター 住所：〒343-0023 越谷市東越谷十丁目31番地 電話：048-960-1100

予診のみ	委託料（税込み） 乳幼児 3,300円 学童以上 3,201円
------	---------------------------------------