

令和7年度 住所外定期予防接種相互乗り入れ料金表

幸手市

小児

接種ワクチンの種類		委託料（税込み）		対 象 年 齢
		就学前	就学後	
ヒブ		11,441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	13,926円		0歳 2か月 ～ 5歳 0か月に至るまで
B型肝炎		8,712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）	16,236円 11,209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 第1期追加	11,836円	9,966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 第1期追加	13,156円	11,286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 第1期追加	22,143円	20,273円	0歳 2か月 ～ 7歳 6か月に至るまで
BCG		12,991円		0歳 0か月 ～ 1歳 0か月に至るまで
水痘		10,791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	12,496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	8,954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	8,954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 第1期追加	9,416円	7,546円	0歳 6か月 ～ 7歳 6か月に至るまで 13歳 0か月 ～ 20歳 0か月未満*2
	第2期		7,546円	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 第1期追加	7,436円	5,566円	0歳 3か月 ～ 7歳 6か月に至るまで
	第2期		5,566円	11歳 0か月 ～ 13歳 0か月未満
HPV	2価・4価		17,556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 接種対象者および平成20年度生まれの女子
	9価		28,138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）	
	就学前	就学後
	4,191円	3,366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 4,289円 （自己負担金 5,000円） ②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 9,289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がい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 能な程度の障がい有する者 *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 5,566円 （自己負担金 16,500円） ②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 22,066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 がい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 4,366円 （自己負担金 4,500円） ②生活保護・ 中国残留邦人等支援受給者 8,866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		10,571円	昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれ男性 で、令和6年度末までに抗体検査を実施した結果、 麻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 きなかったと市長が認める方
第5期用 風しん単抗原		7,029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）3,311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：幸手市健康増進課 住所：〒340-0152 幸手市大字天神島1030-1 幸手市保健福祉総合センター 電話：0480-42-8421
