

令和7年度 住所地外定期予防接種相互乗り入れ料金表

杉戸町

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か月未満
小児用肺炎球菌	15価 20価	13,926円		0歳 2か月 ～ 5歳 0か月未満
B型肝炎		8,712円		0歳 0か月 ～ 1歳 0か月未満
ロタウイルス	ロタリックス（1価）	16,236円		生後6週0日 ～ 生後24週0日後まで
	ロタテック（5価）	11,209円		生後6週0日 ～ 生後32週0日後まで
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か月未満
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か月未満
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か月未満
BCG		12,991円		0歳 0か月 ～ 1歳 0か月未満
水痘		10,791円		1歳 0か月 ～ 3歳 0か月未満
麻しん風しん混合	第1期 第2期	12,496円	10,626円	1歳 0か月 ～ 2歳 0か月未満 5歳 0か月 ～ 7歳 0か月未満*
麻しん単抗原	第1期 第2期	8,954円		1歳 0か月 ～ 2歳 0か月未満 5歳 0か月 ～ 7歳 0か月未満*
風しん単抗原	第1期 第2期	8,954円		1歳 0か月 ～ 2歳 0か月未満 5歳 0か月 ～ 7歳 0か月未満*
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か月未満 13歳 0か月 ～ 20歳 0か月未満**
	第2期		7,546円	9歳 0か月 ～ 13歳 0か月未満 13歳 0か月 ～ 20歳 0か月未満**
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か月未満
	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 H9.4.2～H21.4.1 生まれの女性
	9価		28,138円	

*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。（麻しん風しんの特例に該当する者を除く）

**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 4,191円	就学後 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***		①一般対象者 6,289円 （自己負担金 3,000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 ***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
带状疱疹 ****	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歳になる方 （2）60～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害があり日常生活がほとんど不可能な方。 （3）年度内に70、75、80、85、90、95、100歳になる方（令和7年度から令和11年度までの5年間の経過措置） （4）100歳以上の方（令和7年度のみ）
	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）	****これまでに带状疱疹ワクチンの接種を受けたことがある方は、基本的には定期接種の対象外です。
	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	7,029円	

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%）
 高齢者用肺炎球菌及び带状疱疹の請求の際、下記対象者は、予診票と併せて、次の書類も添付してください。
 ・対象年齢（2）：身体障害者手帳1級の写し又は医師の診断書
 ・生活保護受給者：生活保護受給証の写し又は生活保護受給証明書
 ・中国残留邦人等支援受給者：本人確認証の写し

問い合わせ先：杉戸町健康支援課（保健センター） 住所：〒345-0024 北葛飾郡杉戸町大字堤根4745-1 電話：0480-34-1188
--