

令和7年度埼玉県住所地外高齢者
 インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症
 定期予防接種相互乗り入れ接種料金表

朝霞市

相互乗り入れ期間：令和7年10月1日～令和8年1月31日

インフルエンザ 新型 コロナウイルス 感染症	<table border="0"> <tr> <td style="width: 30px;">①</td><td>一般対象者</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>3, 791円</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>(自己負担金 1,500円)</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr> <td style="width: 30px;">②</td><td>生活保護・</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>中国残留邦人等支援受給者</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>5, 291円</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>(自己負担金 0円)</td><td></td></tr> </table> <table border="0"> <tr> <td style="width: 30px;">①</td><td>一般対象者</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>3, 800円</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>(自己負担金 11,800円)</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr> <td style="width: 30px;">②</td><td>生活保護・</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>中国残留邦人等支援受給者</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>15, 600円</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>(自己負担金 0円)</td><td></td></tr> </table>	①	一般対象者			3, 791円			(自己負担金 1,500円)		<hr/>			②	生活保護・			中国残留邦人等支援受給者			5, 291円			(自己負担金 0円)		①	一般対象者			3, 800円			(自己負担金 11,800円)		<hr/>			②	生活保護・			中国残留邦人等支援受給者			15, 600円			(自己負担金 0円)		税込み 税込み
①	一般対象者																																																	
	3, 791円																																																	
	(自己負担金 1,500円)																																																	
<hr/>																																																		
②	生活保護・																																																	
	中国残留邦人等支援受給者																																																	
	5, 291円																																																	
	(自己負担金 0円)																																																	
①	一般対象者																																																	
	3, 800円																																																	
	(自己負担金 11,800円)																																																	
<hr/>																																																		
②	生活保護・																																																	
	中国残留邦人等支援受給者																																																	
	15, 600円																																																	
	(自己負担金 0円)																																																	

予診のみ

委託料 3, 201円（税込み）

(参考)

【インフルエンザ居住地内接種期間】

令和7年10月1日～令和8年1月31日

【新型コロナウイルス感染症居住地内接種期間】

令和7年10月1日～令和8年1月31日

以下に該当する方は下記のものを必ず添付して
 請求してください。

- 生活保護受給者：生活保護受給証の写し
- 中国残留邦人等支援受給者：本人確認証の写し
- 身体障害者：身体障害者手帳の写し（等級及び
 疾患名の記載があるページ）

問い合わせ先

朝霞市保健センター

住 所：〒351-0011

朝霞市本町1-7-3

電 話：048-423-4360