

令和8年度予防接種事業等料金表(前橋市) 令和8年4月1日現在

本市が定める料金を上限として、実費負担相当額を口座振替によりお支払いします。

種 目		上限額(1回接種あたり)
		単 位:円
ロタウイルスワクチン	ロタリックス	15,136
	ロタテック	10,109
B 型肝炎ワクチン		7,068
小児用肺炎球菌(15価/20価)		12,551
H i b (ヒブ) ※(1)		9,572
B C G		11,616
麻しん風しん混合	第1期	11,176
	第2期	11,176
	第5期(延長措置)	10,351
麻 し ん ※(2)	第1期	7,579
	第2期	7,579
風 し ん ※(2)	第1期	7,579
	第2期	7,579
	第5期(延長措置)	6,754
水 痘 (水ぼうそう)		9,416
不 活 化 ポ リ オ		10,461
5 種 混 合		20,735
3 種 混 合	第1期 ※(1)	9,966
ジフテリア・破傷風	第1期 ※(1)	7,326
	第2期	6,501
日本脳炎	第1期	8,041
	第2期	7,216
	特例措置1期・2期	7,216
ヒトパピローマウイルス(HPV)	9価	28,504
RSウイルス		29,931
高齢者用肺炎球菌	本人負担3,500円を差し引いた市の上限金額※(3)	8,226
【定期】帯状疱疹(生ワクチン)	本人負担4,000円を差し引いた市の上限金額※(4)	4,591
【定期】帯状疱疹(不活化ワクチン)	本人負担12,000円を差し引いた市の上限金額※(5)	9,791

※(1) 医学的事実等により5種混合に替えて接種を行った場合。

※(2) 麻しん風しん混合第1期～第2期の対象年齢の者で、単抗原ワクチン接種に該当する場合。
同じ期内で麻しん風しん混合ワクチンとの併用はできません。

※(3) 生活保護世帯等は本人負担3,500円を免除し全額市負担とする。

※(4) 生活保護世帯等は本人負担4,000円を免除し全額市負担とする。

※(5) 生活保護世帯等は本人負担12,000円を免除し全額市負担とする。

※(3)～(5) 医療機関の窓口で徴収してください。生活保護世帯等は本人負担を免除し全額市負担となります。