

# 令和6年度予防接種事業等料金表(前橋市) 令和6年6月～

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		回 数	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	2回	15,136	
	ロタテック	3回	10,109	
B 型肝炎ワクチン		3回	7,068	
小児用肺炎球菌(13価/15価)		1回～4回	12,551	
H i b (ヒブ) ※(1)		1回～4回	9,572	
B C G		1回	11,616	
麻しん風しん混合	第1期	1回	11,176	
	第2期	1回	11,176	
	第5期	1回	10,351	
麻 し ん ※(2)	第1期	1回	7,579	
	第2期	1回	7,579	
風 し ん ※(2)	第1期	1回	7,579	
	第2期	1回	7,579	
	第5期	1回	6,754	
水 痘 (水ぼうそう)		1回～2回	9,416	
不 活 化 ポ リ オ		1回～4回	10,461	
5 種 混 合		1回～4回	20,735	
4 種 混 合 ※(1)		1回～4回	11,814	
3 種 混 合		第1期 ※(1)	1回～4回	6,292
ジフテリア・破傷風	第1期 ※(1)	3回	6,556	
	第2期	1回	5,731	
日本脳炎	第1期	3回	8,041	
	第2期	1回	7,216	
	特例措置1期・2期		7,216	
ヒトパピローマウイルス(HPV)	2価/4価	3回	16,841	
	9価	3回	28,504	
高齢者インフルエンザ		1回 (毎年度)	5,291	
(内 訳)	市負担		3,791	
	本人負担 ※(3)		1,500	
高齢者用肺炎球菌		1回	9,014	
(内 訳)	市負担		7,014	
	本人負担 ※(4)		2,000	

※(1) 医学的事情等により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) 高齢者インフルエンザ対象者のうち、生活保護世帯等は本人負担1,500円を免除し全額市負担とする。

※(4) 高齢者用肺炎球菌対象者のうち、生活保護世帯等は本人負担2,000円を免除し全額市負担とする。