

岩手D P A Tの出動に関する協定細目（案）

平成 年 月 日付で締結した「岩手D P A Tの出動に関する協定」（以下「協定」という。）第7条に基づく細目は、次のとおりとする。

（精神医療活動の報告）

第1条 ○○○○（以下「乙」という。）は、協定第1条第4項の規定により岩手D P A Tを派遣したときは、現場での活動終了後、速やかに、「岩手D P A T活動報告書」（別紙様式第1号）を取りまとめ、岩手県（以下「甲」という。）に報告するものとする。

（事故報告）

第2条 乙は、協定に基づく活動において、岩手D P A T班員が負傷し、疾病にかかり、または死亡したときは、「事故報告書」（別紙様式第2号）により、速やかに甲に報告するものとする。

2 乙は、協定に基づく活動において、岩手D P A T班員が交通事故を起こし、または交通事故被害を受けたときは、「交通事故報告書」（別紙様式第3号）により、速やかに甲に報告するものとする。

（費用弁償等の請求）

第3条 協定第4条第1号、第2号及び第4号に定める費用については、乙がとりまとめ「費用弁償請求書」（別紙様式第4号）により、甲に請求するものとする。

2 協定第4条第3号に定める扶助金については、支給を受けようとする者が「扶助金支給申請書」（別紙様式第5号）により、甲に請求するものとする。

（費用弁済の額）

第4条 協定第4条第1号に定める費用弁済の額は、別表に定める額とする。

2 協定第4条第2号に定める実費弁済の額は、使用した医薬品等に係る実費とする。

3 協定第4条第3号に定める扶助金については、「災害に際し応急措置の業務に従事した者に係る損害賠償に関する条例」（昭和37年岩手県条例第47号）に準ずるものとする。

4 協定第4条第4号に定める費用弁済の額は、同条第1号、第2号及び第3号に該当しない費用であって、この協定実施のために要したものとする。

（支払）

第5条 甲は、前2条の定めにより請求を受けた場合は、関係書類を確認のうえ、速やかに乙に対し支払うものとする。

別表

区分	日当	時間外勤務手当	旅費
医師	岩手D P A Tの活動に従事した者に相当する給与を考慮し、県の常勤職員との均衡を考慮したうえで、災害救助法施行細則(昭和35年岩手県規則第59号)の規定を準用した額以内の額	職種ごとに算定した日当の額を基礎とし、県の常勤職員との均衡を考慮したうえで、一般職の職員の給与に関する条例(昭和28年岩手県条例第48号)の規定を準用して算出して得た額以内の額	職種ごとに、県の常勤職員との均衡を考慮したうえで、一般職の職員等の旅費に関する条例(昭和28年岩手県条例第14号)の規定を準用して算出して得た額以内の額
保健師・看護師等			
業務調整員 (補助職員を含む。)			

岩 手 D P A T 活 動 報 告 書

年 月 日から同 年 月 日までの岩手DPATの出動における活動を報告します。

1 所属先

2 班名

3 派遣期間

年 月 日から 年 月 日まで

4 その他

活動の詳細は、日報のとおり。

※災害精神保健医療情報支援システム (DMHISS) に定める様式

(別紙様式第2号)

事 故 報 告 書

年 月 日から同 年 月 日までの岩手D P A Tの出動における精神医療活動において、別紙のとおり事故
傷病 者が発生したので報告します。
死亡

年 月 日

岩手県知事 様

住 所
代表者名

事故 傷病 者概要
死亡

氏	名	
性	別	
年	齡	
所 属	先	
班	名	
傷 病	名	
程	度	
外 来 ・ 入 院		
診療（入院）医療機関名		
受 傷 （ 発 病 ） 日 時		
受 傷 （ 発 病 ） 場 所		
死 亡 原 因		
死 亡 日 時		
死 亡 場 所		
受傷（発病）・死亡時の状況		

(別紙様式第3号)

交 通 事 故 報 告 書

年 月 日から同 年 月 日までの岩手DPA Tの出動における精神医療活動において、別紙のとおり交通事故が発生したので報告します。

年 月 日

岩手県知事 様

住 所
代表者名

交 通 事 故 報 告 書 概 要

事 故 の 種 別		<input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 被害 <input type="checkbox"/> 横転 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 追突 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 転倒	
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 負傷 <input type="checkbox"/> 物件	
事 故 発 生 日 時		年 月 日 時 分	
事 故 発 生 場 所			
事 故 の 当 事 者	班 員 (甲)	氏名	
		性別	
		年齢	
		所属先	
		班名	
		免許	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 停止中
		自動車等	種別： 車名： 登録番号： 保険契約会社：
	搭乗者	<input type="checkbox"/> 実車 (名) <input type="checkbox"/> 空車 (本人含む)	
	相 手 方 (乙) <input type="checkbox"/> 人 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他	氏名	
		性別	
		年齢	
		所属先	
		班名	
		免許	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 停止中
		自動車等	種別： 車名： 登録番号： 保険契約会社：
	搭乗者	<input type="checkbox"/> 実車 (名) <input type="checkbox"/> 空車 (本人含む)	
	相 手 方 (丙) <input type="checkbox"/> 人 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他	氏名	
		性別	
年齢			
所属先			
班名			
免許		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 停止中	
自動車等		種別： 車名： 登録番号： 保険契約会社：	
搭乗者	<input type="checkbox"/> 実車 (名) <input type="checkbox"/> 空車 (本人含む)		
事 故 の 概 況			

※ 事故現場の見取図を添付すること。

(別紙様式第4号)

年 月 日

費用弁償請求書

岩手県知事 様

住 所

代表者名

岩手DPATにかかる出動に関する協定第2条第1項の規定による費用弁償請求について、次の金額を請求します。

金額 _____ 円

_____年 月 日から _____年 月 日までの岩手DPATの出動にかかる精神医療活動に対する費用弁償額（費用弁償額請求明細書のとおり）

費用弁償額請求明細書

1 岩手DPATの派遣に要する経費

活動期間	班名	職種	氏名	日当		時間外勤務手当		旅費
				時間数	金額	時間数	金額	金額
月 日	業務時間 時 分 ～ 時 分							
月 日	業務時間 時 分 ～ 時 分							
合計 A								

※ 旅費の積算内訳を証明できる書類（旅行命令書等）を添付すること。

※ 税込金額を記載すること。

2 岩手DPATが携行した医薬品等を使用した場合の実費等

項目	数量	金額	摘要
車両燃料費（ガソリン）	ℓ		
車両燃料費（軽油）	ℓ		
交通費（高速道路料金）	台		
レンタカー代	台		
医薬品費等	—		
荷物郵送料	—		
合計 B			

※ 領収書又は金額を証明できる書類を添付すること。

※ 税込金額を記載すること。

3 合計金額

A + B = _____ 円（税込）

年 月 日

扶 助 金 支 給 申 請 書

岩手県知事 様

住 所
代表者名

岩手D P A Tにかかる出動に関する協定第2条第2項の規定による扶助金について、別紙関係書類を添えて申請します。

負傷・疾病又は死亡した者の状況	氏 名	
	性 別	
	生 年 月 日	
	住 所	
	所 属 先	
	班 名	
	傷 病 名	
	受傷(発病)年月日	
	死 亡 原 因	
	死 亡 年 月 日	
傷 害 級 別		
療 養 開 始 年 月 日		
治 癒 年 月 日		
休 業 日 数	年 月 日から	年 月 日まで
休業期間中における業務上の収入の有無		
扶助金支給基礎額	災害に際し応急措置の業務に従事した者に対する損害補償に関する条例第3条第2項()号該当	
扶助金支給申請額		
摘 要		

注1 「扶助金支給基礎額」算出の証明書類(事業主の証明又は市町村長の証明のあるもの)を添付すること(療養扶助金申請の場合は不要)。

- 療養扶助金申請の場合は、医師の診断書及び療養費の領収証又は請求書を添付すること。
- 休業扶助金申請の場合は、診断書(休業が必要と認められる期間の記載のあるもの)及び事業主の証明書を添付すること。
- 障害扶助金申請の場合は、医師の意見を付した障害診断を添付すること。
- 遺族扶助金申請の場合は、受給順位を明らかにした書類を添付すること。
- 葬祭扶助金申請の場合は、死亡診断書類を添付すること。
- 打切扶助金申請の場合は、療養経過を明らかにした診断書を添付すること。