（別紙様式３）（第７の１（２）関係）

岩手県広域的予防接種委託契約書

　○○市町村長（以下「甲」という。）と一般社団法人岩手県医師会長（以下「乙」という。）は、予防接種法（昭和23年法律第68条）第５条及び第６条の規定に基づくＡ類疾病に係る定期予防接種（以下「Ａ類接種」という。）及びＢ類疾病に係る定期予防接種（以下「Ｂ類接種」という。）のうち、甲が各地の市町村に所在する医療機関において行う予防接種（以下「広域的予防接種」という。）を円滑に実施するために、次のとおり委託契約を締結する。

　この場合において乙は、一般社団法人岩手県医師会の会員又は乙が認める者で広域的予防接種に協力する旨を承諾し、かつ、本契約の締結についての権限を乙に委任した接種協力医師（以下「協力医師」という。）の代理人として契約をするものとする。

　ただし、甲と郡市医師会又は医療機関との間で締結している現行の定期予防接種委託契約は、これを優先する。

　なお、Ｂ類接種については、○○市町村内に所在する医療機関において行う予防接種についても、本契約により委託契約を締結することもできる。

（総則）

第１条　甲は、予防接種率の向上及び接種希望者の利便性を考慮した接種体制を推進するため、甲が実施する定期予防接種の対象者のうち、第２項に規定する者が他の市町村（Ｂ類接種については○○市町村を含む。）に所在する医療機関において予防接種を受けることを希望した場合に、本契約に基づき広域的予防接種を実施するものとする。

２　広域的予防接種の対象者は、次の各号のとおりとする。

（１）Ａ類接種に係る広域的予防接種の対象者

ア　かかりつけ医又は主治医が住所地市町村外にいる者

イ　母親の出産や施設入所等の理由により、住所地市町村外に長期滞在している者

ウ　その他やむを得ない事由により、住所地市町村で定期の予防接種を受けることが困難な者

エ　第１号から第３号以外で住所地市町村長の判断により本事業の対象とする者

（２）Ｂ類接種に係る広域的予防接種の対象者

ア　Ｂ類接種の対象者

（委託業務）

第２条　甲は、本契約をもって広域的予防接種に係る業務の実施を協力医師に委託し、協力医師はこれを受託するものとする。

２　前項の規定に基づき協力医師が行う業務の範囲は、次の各号のとおりとする。

　（１）接種対象者の確認

　（２）予診

　（３）ワクチンの接種

　（４）母子健康手帳（Ａ類疾病の場合）又は接種済証への必要事項の記載

　（５）その他予防接種業務を行うために必要なこと

（委託業務の履行）

第３条　乙は、委託業務が円滑に遂行されるよう甲に協力するものとする。

２　協力医師は、予防接種法その他関係法令等を順守し、業務を実施するものとする。

３　前項のほか、協力医師は、業務の実施に関して甲の指示に従わなければならない。

（委託期間）

第４条　この契約の有効期間は、○○年○月○日から○○年○月○日までとする。

（予防接種の種類）

第５条　広域的予防接種の対象となる予防接種の種類は、次の各号のとおりとする。

　Ａ類疾病に係る予防接種

　（１）DPT-IPV（四種混合）（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）

　（２）DPT（三種混合）（ジフテリア・百日せき・破傷風）

　（３）DT（ジフテリア・破傷風）

　（４）IPV（不活化ポリオ）

　（５）麻しん風しん混合（MR）

　（６）麻しん

　（７）風しん

　（８）日本脳炎

　（９）結核（BCG）

　（10）Hib感染症

　（11）小児の肺炎球菌感染症

　（12）ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症

　（13）水痘

　（14）B型肝炎

　（15）ロタウイルス感染症

　（16）DPT-IPV-Hib（五種混合）（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib感染症）

　Ｂ類疾病に係る予防接種

　（17）季節性インフルエンザ

　（18）高齢者の肺炎球菌感染症

（19）高齢者の新型コロナウイルス感染症

なお、Ａ類疾病のうち、令和７年３月までの時限措置として行われる「風しんの第５期の定期接種」については、本事業の対象から除外する。

（委託料）

第６条　協力医師が広域的予防接種を実施した際、甲に請求する委託料は、次のとおりとする（岩手県広域的接種事業実施要領第８の１）。

Ａ類接種については、原則、協力医療機関が所在する市町村と契約している通常の定期予防接種委託料と同額とする。Ｂ類接種については、当該医療機関の定める料金とする。県外の協力医療機関における接種料金は、Ａ類Ｂ類とも当該医療機関の定める額とする。

なお、料金は個別接種料金とする。

２　前項に規定する委託料について、甲は定額助成を含む公費負担上限額を定めることができる。なお、これを定める場合、Ａ類疾病に係る負担上限額（助成額）は、別表１のとおりとする。

また、Ｂ類疾病について、甲は対象者に対し、自己負担額（定額又は差額）、並びに負担軽減措置を定めることができる。なお、これらを定める場合、自己負担額並びに負担軽減措置は、別表２のとおりとする。

（委託料の請求及び支払）

第７条　協力医師の所属する医療機関は、委託業務を実施した月ごとに取りまとめ、実施翌月の○日までに、別紙１又は別紙２に定める岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書もしくは甲が別に定める様式（以下「請求書」という。）に予診票を添付して、直接甲に請求するものとする。

２　甲は、前項の請求書を受理したときは、その内容を審査し、適正であると認めたときは、請求書を受理した日から起算して30日以内に、直接協力医師の所属する医療機関に委託料を支払うものとする。

（予防接種事故に対する措置）

第８条　甲は、この契約に基づき協力医師が実施した予防接種により健康被害等の事故が生じたときは、その処理に当たるものとし、乙及び協力医師は甲に協力するものとする。

２　前項の場合において、甲は、当該事故に対する救済措置を講ずるとともに、被接種者に生じた損失を補償するものとする。

３　前項の規定により甲が損失の補償を行う場合は、当該損失の発生について協力医師に故意又は重大な過失がある場合を除き、甲は協力医師に対する求償権を有しないものとする。

（契約の解除）

第９条　甲又は乙の事情によりこの契約の履行が不可能となった時は、甲又は乙はこの契約を解除することができる。

２　この契約を解除する場合は、甲又は乙が１か月前までに相手方に文書で通知するものとする。

（守秘義務）

第10条　乙及び協力医師は、業務上知り得た秘密を他人に漏らしてはならない。

（協議事項）

第11条　この契約書に定めのない事項及び疑義が生じた事項については、甲乙協議して定めるものとする。

　上記契約の成立を証するため、この契約書を２通作成し、甲乙記名押印のうえ、各自1通を保有するものとする。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　甲　　（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市（町・村）長　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　乙　　盛岡市菜園二丁目８番20号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人　岩手県医師会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　会長　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（別紙様式３　別表１（第６条関係））

**岩手県広域的予防接種**

**負担上限額表（Ａ類疾病）**

１　負担上限額

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 年齢区分等 | 接種料金(消費税含む) | 予防接種の種類 | 年齢区分等 | 接種料金(消費税含む) |
| DPT-IPV  (四種混合) |  | 円 | 結核(BCG) |  | 円 |
|  | 円 | Hib  　感染症 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| DPT  (三種混合) |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | 小児の肺炎  球菌感染症 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| DT  (ジフテリア･破傷風) |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | HPV感染症 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| IPV  (不活化ポリオ) |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | 水痘 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| 麻しん風しん混合  (MR) |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | B型肝炎 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| 麻しん |  | 円 | ロタウイルス感染症 | ロタリックス | 円 |
|  | 円 | ロタテック | 円 |
|  | 円 | DPT-IPV-Hib  (五種混合) |  | 円 |
| 風しん |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | 予診のみ※１ | | 円 |
| 日本脳炎 |  |  |  | | |
|  |  |
|  |  |

※１　予診のみの場合は、委託料を支払わない扱いとすることができる。（実施要領第８の３）

※２　この様式の年齢区分等は、市町村ごとに変更することができる。

（別紙様式３　別表２（第６条関係）

**岩手県広域的予防接種**

**負担状況等一覧（Ｂ類疾病）**

１　自己負担、公費負担等

（１）季節性インフルエンザ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の  種　類 | 負担軽減措置 | 自己負担額 | 公費負担額 | 接種実施期間  （公費助成期間） |
| 高齢者の  季節性インフルエンザ | 非該当  （一般） |  |  | から  まで |
| 該当 |  |  |

（２）肺炎球菌感染症

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の  種　類 | 負担軽減措置 | 自己負担額 | 公費負担額 | 接種実施期間  （公費助成期間） |
| 高齢者の  肺炎球菌  感染症 | 非該当  （一般） |  |  | から  まで |
| 該当 |  |  |

（３）新型コロナウイルス感染症

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の  種　類 | 負担軽減措置 | 自己負担額 | 公費負担額 | 接種実施期間  （公費助成期間） |
| 高齢者の  新型コロナウイルス感染症 | 非該当  （一般） |  |  | から  まで |
| 該当 |  |  |

２　負担軽減措置実施状況

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者区分 | その他の軽減措置対象者 |
| □生活保護受給世帯 |  |
| □市町村民税非課税世帯 |
| □中国残留邦人等支援給付受給世帯 |

（該当項目にレ印）

（別紙様式３　別紙１（第７条関係）

**岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書**

**（Ａ類疾病）**

　　　　年　　月　　日

市（町・村）長　殿

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　年　　月に下記のとおり貴市（町・村）民に対し広域的予防接種を実施しましたので、委託料として、次のとおり請求します。

**請求金額　　　　　　　　　円**

１　内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 単価 | 人数 | 金額 | 予防接種の種類 | | 単価 | 人数 | 金額 |
| DPT-IPV  （四種混合） |  |  |  | Hib感染症 | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| DPT  （三種混合） |  |  |  | 小児の肺炎  球菌感染症 | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| DT  (ジフテリア・破傷風) |  |  |  | HPV感染症 | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| IPV  (不活化ポリオ) |  |  |  | 水痘 | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 麻しん  風しん混合  （MR） |  |  |  | B型肝炎 | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 麻しん |  |  |  | ロタウイルス感染症 | ロタ  リックス |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 風しん |  |  |  | ロタ  テック |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 日本脳炎 |  |  |  | DPT-IPV-Hib  （五種混合） | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 結核  （BCG） |  |  |  | 予診のみ | |  |  |  |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |

※実施要領に定める協力医療機関の接種料金が、住所地市町村の定める公費負担上限額を超えない場合は、協力医療機関の接種料金を請求してください。

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　本・支店 |
| 口座種別 | 普通　　　当座　　　その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |

（別紙様式３　別紙２（第７条関係）

**岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書**

**（Ｂ類疾病）**

　　　　年　　月　　日

市（町・村）長　殿

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　年　　月に下記のとおり貴市（町・村）民に対し広域的予防接種を実施しましたので、委託料として、次のとおり請求します。

**請求金額　　　　　　　　　円**

１　内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 負担軽減  措置 | 単価 | 人数 | 金額 | 備考 |
| 高齢者の  季節性インフルエンザ | 非該当  （一般） |  |  |  |  |
| 該当 |  |  |  |  |
| 高齢者の  肺炎球菌感染症 | 非該当  （一般） |  |  |  |  |
| 該当 |  |  |  |  |
| 高齢者の  新型コロナウイルス感染症 | 非該当  （一般） |  |  |  |  |
| 該当 |  |  |  |  |
| 予診のみ | ― |  |  |  |  |

※　負担軽減措置の「非該当（一般）」「該当」については、「高齢者広域接種受診票」（又は同等の機能を有する書類）を御確認下さい。

※　実施報告及び委託料請求に際しては、予診票及び「高齢者広域接種受診票」（又は同等の機能を有する書類）、市町村指示の書類等（ある場合）を添付してください。

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　本・支店 |
| 口座種別 | 普通　　　当座　　　その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |