

高齢者インフルエンザ相互乗り入れ予防接種業務委託契約書

〇〇市（町・村）（以下「甲」という。）と一般社団法人大分県医師会（以下「乙」という。）とは、甲が予防接種法第5条及び第6条の規定に基づいて実施する高齢者インフルエンザ予防接種の対象者が、当該住所地市町村外においても円滑に接種を受けることができる相互乗り入れ予防接種の実施について、次のとおり委託契約を締結する。

この場合、乙は、乙の会員及び会員以外の者で県下全市町村の行う予防接種への協力を承諾し、かつ本契約締結についての権限を乙に委任した者（以下「丙」という。）の代理人として契約を締結するものとする。

（総 則）

第1条 甲は、予防接種の機会の拡大を図り、もって感染症の流行を未然に防止し、地域住民の健康の増進に寄与するため、乙の協力の下に、甲の実施する予防接種の対象者のうち第2項に規定する者が希望する場合において、相互乗り入れ予防接種を実施するものとする。

2 相互乗り入れ予防接種の対象者は次の各号のとおりとする。

- (1) 病気など医学的な理由や施設入所により住所地で接種ができない者
- (2) かかりつけ医が住所地市町村外にいる者

（委託業務）

第2条 甲は、相互乗り入れ予防接種に関し、医師が行うべき業務の実施を乙に委託し、乙はこれを受託する。

2 乙は、前項の業務を丙に実施させるものとし、業務の円滑な実施のため、丙の指導監督に努めなければならない。

（信義誠実の義務）

第3条 甲、乙及び丙は、信義に従い、誠実にこの契約に定める各条項を履行しなければならない。

（委託業務の実施）

第4条 甲が、第2条の規定に基づき乙に委託する業務の内容は、次のとおりとする。

- (1) 予診
- (2) 別表1に掲げるワクチン接種

2 甲は、相互乗り入れ予防接種の希望者に対して依頼書、又は予診票の交付は行わず、丙は、希望者からの申込みにより健康保険証と健康手帳に基づき住所等所要事項を確認のうえ接種を行うものとする。

（委託料）

第5条 甲は、乙に前条に定める業務に要する経費として、別表1に掲げる接種手技料、ワクチン代、消費税等の合計額及び事務手数料を支払うものとする。

- 2 自己負担金は1人当たり別表2に掲げる金額とし、丙が被接種者から（別表2の免除対象者に掲げる者を除く。）徴収するものとする。
- 3 接種委託料の金額は、原則として甲が当該市町村区域内での予防接種契約で定める委託料単価に準じるものとする。

（委託料の支払等）

- 第6条 乙は、丙が実施した業務に係る毎月分の委託料の甲への請求を丙の所在地の郡市医師会長（以下「丁」という。）に行わせるものとする。ただし、丁が行うことができない場合にあっては、丙に行わせるものとし、事務手数料は支払わないものとする。
- 2 丙は、当月分の業務に係る相互乗り入れ予防接種実施報告書（様式1）及び予診票を翌月の10日までに丁に提出するものとし、丁は、相互乗り入れ予防接種委託料請求書（様式2）を作成し、予診票を添付して甲に提出するものとする。
 - 3 第1項ただし書きの規定による場合にあっては、丙が相互乗り入れ予防接種委託料請求書（様式2）を作成し、予診票を添付して甲に提出するものとする。
 - 4 甲は、丁、又は丙から正当な請求書を受領した日から起算して30日以内に委託料を支払わなければならない。

（関係法令等の遵守）

- 第7条 甲、乙及び丙は、業務を実施するにあたっては、予防接種法その他関係法令等を遵守するものとする。

（災害補償）

- 第8条 甲は、業務実施中に丙が被った災害について、地方公務員の例に準じて、その損失を補償する。

（予防接種事故に対する措置）

- 第9条 丙が業務実施中に生じた事故については、甲がその処理に当たるものとする。
- 2 甲は、接種に関して被接種者に損失が生じたときには、健康被害に対する救済措置を講じるとともに、その損失が接種を担当した丙の故意又は過失による場合にも、甲において賠償責任を負うものとする。
この場合に丙に故意又は重過失がない限り、甲は丙に対して求償することはできない。
 - 3 接種を担当した丙が被接種者から損害賠償請求の訴えを提起された場合には、甲は訴訟参加などにより丙に全面的に協力するものとし、丙が責任を負担しなければならない場合には、丙に故意又は重過失のない限り、甲においてその損失を直ちに補填するものとする。
 - 4 接種を担当した丙が、その事故に関連して医業上の不利益その他損失を被った場合、又はその恐れがある場合には、甲はその損失を補償し又は防止するため適切な処置を講じる。

ただし、その事故が丙の故意又は重過失によって生じた場合は、この限りでない。

（予防接種健康被害調査委員会）

第10条 第8条及び前条に定める諸措置については、甲が設置する予防接種健康被害調査委員会（予防接種事故調査会）の審議に付し、その意見を十分尊重して処理する。

（契約期間等）

第11条 この契約の有効期間は、令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇年〇〇月〇〇日までとする。

（個人情報の保護）

第12条 乙は、この契約による業務を処理するための個人情報の取扱については、別記「個人情報取扱特記事項」を遵守しなければならない。

（協議）

第13条 この契約書に約定しない事項について約定する必要が生じたとき、又はこの契約書に約定する事項について疑義のあるときは、その都度甲、乙協議して定めるものとする。

この契約が成立したことを証するため、この契約書2通を作成し、各自それぞれ1通を所持する。

令和 年 月 日

甲 住所

〇〇〇〇長 〇〇 〇〇 印

乙 大分市大字駄原2892-1

一般社団法人 大分県医師会
会 長 河野 幸治 印

別記

個人情報取扱特記事項

第1 基本的事項

乙及び乙の会員は、個人情報（個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と照合することにより、特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）をいう。以下同じ。）の保護の重要性を認識し、この契約による業務を処理するための個人情報の取扱いに当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の取扱いを適正に行わなければならない。

第2 秘密の保持

乙及び乙の会員は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を他に漏らしてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

第3 収集の制限

乙及び乙の会員は、この契約による業務を行うために個人情報を収集するときは、その業務の目的を明確にし、目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な方法により行わなければならない。

第4 適正管理

乙及び乙の会員は、この契約による業務に関して知り得た個人情報について、漏えい、滅失、改ざん及びき損の防止その他の個人情報の適正な管理のために必要な措置を講じなければならない。

第5 目的外利用及び提供の禁止

乙及び乙の会員は、甲の指示又は承諾があるときを除き、この契約による業務に関して知り得た個人情報を、契約の目的以外に利用し、又は第三者に提供してはならない。

第6 従事者への周知

乙及び乙の会員は、この契約による業務に従事している者に対して、在職中及び退職後においても当該業務に関して知り得た個人情報を他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならないこと、その他個人情報の保護に関し必要な事項を周知させなければならない。

第7 事故報告

乙及び乙の会員は、この特記事項に違反する事態が生じ、又は生じるおそれのあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従うものとする。この契約が終了し、又は解除された場合においても同様とする。

様 式 1 (医療機関→郡市医師会)

相互乗り入れ予防接種実施報告書
(高齢者インフルエンザ予防接種)

令和 年 月 日

〇〇郡市医師会長 殿

所 在 地
医療機関名
代 表 者 名

印

令和 年 月分を予診票を添付のうえ、下記のとおり報告します。

市 町 村 名	接 種 者		接種不可者
	負 担 者	免 除 者	
計			

(注) 医療機関は、実施月分を翌月 1 0 日までに当該郡市医師会へ提出する。

様 式 2 （郡市医師会→市町村、ただし書きの場合は医療機関→市町村）
相 互 乗 り 入 れ 予 防 接 種 委 託 料 請 求 書
（高齢者インフルエンザ予防接種）

令和 年 月 日

〇〇市町村長 殿

所 在 地

医師会名（医療機関名）

会 長 名（病院長名）

印

令和 年 月分を予診票を添付のうえ、下記のとおり請求します。

請求金額 円

	委託料単価	実施者数等	合 計
接 種 者 (負担者)			
接 種 者 (免除者)			
接種不可者 (予診のみ)			
合 計			

（振込口座） 〇〇銀行 〇〇支店 〇〇名義 普通預金 NO.

（注）本表は、委託料単価を種類別に定めている場合に使用します。

様 式 3 （郡市医師会→大分市）

相互乗り入れ予防接種に係る事務手数料請求書
（高齢者インフルエンザ予防接種）

令和 年 月 日

大分市長 殿

所 在 地

医師会名

会 長 名

印

令和 年 月分を予診票を添付のうえ、下記のとおり請求します。

請求金額 円

	事務手数料単価	実施者数等	合 計
接 種 者 （負担者）	1 0 0 円		
接 種 者 （免除者）	1 0 0 円		
接種不可者 （予診のみ）	1 0 0 円		
合 計			

（振込口座）〇〇銀行〇〇支店〇〇名義 普通預金 ＮＯ．

（注）本表は、郡市医師会から大分市に事務手数料を請求する場合に使用
します。