

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予防接種及び甲自らの行政措置に基づく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) 重症心疾患児、低出生体重児、先天性免疫不全児等主治医が住所地市町村外にいる者
- (2) 病気など医学的な理由により接種機会を逃した者
- (3) 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母子健康

手帳等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、ワクチン代及び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 接種手技料の金額は、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都市医師会長（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理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。

(個人情報の保護)

第11条 乙、丙及び丁は、この契約による業務を処理するための個人情報の取り扱いについては、別記「個人情報取扱特記事項」を遵守しなければならない。

(契約期間)

第12条 この契約の有効期間は、令和7年4月1日から令和8年3月31日までとする。

(契約の解除)

第13条 甲又は乙は、次の各号のいずれかに該当するときは、この契約を解除する事ができる。

- 2 この契約の条項に違反したとき。
- 3 この契約に定める事項を履行しないとき、又は履行の見込みがないと認められるとき。
- 4 正当な理由に基づき契約の解除の申出があったとき。
- 5 暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）2条第6号に規定する暴力団員をいう。）又は暴力団（同法第2条第2号に規定する暴力団をいう。）若しくは暴力団員と密接な関係を有すると認められたときは、この契約を解除することができるものとする。

(協議)

第14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 ○○市町村○○番地○○号

市町村長 ○○ ○○ 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

別表1
委託業務及び委託料

市町村名

単位:円

予防接種名	年齢区分	委託料単価				
		接種手技料	ワクチン代	消費税等	事務手数料	合計
五種混合 (DPT-IPV-Hib) 1人用0.5ml	3歳未満	3,705	14,600	1,830		20,135
	6歳未満	3,557	14,600	1,815		19,972
	6歳以上	3,310	14,600	1,791		19,701
四種混合 (DPT-IPV) 1人用0.5ml	3歳未満	3,705	6,500	1,020		11,225
	6歳未満	3,557	6,500	1,005		11,062
	6歳以上	3,310	6,500	981		10,791
二種混合 (DT) 1人用	3歳未満	3,705	1,510	521		5,736
	6歳未満	3,557	1,510	506		5,573
	6歳以上	3,310	1,510	482		5,302
ポリオ 1人用0.5ml	3歳未満	3,705	5,450	915		10,070
	6歳未満	3,557	5,450	900		9,907
	6歳以上	3,310	5,450	876		9,636
風しん 1人用	3歳未満	5,360	2,830	819		9,009
	6歳未満	4,060	2,830	689		7,579
	6歳以上	3,310	2,830	614		6,754
MR混合 (麻しん・風しん) 1人用	3歳未満	5,360	6,050	1,141		12,551
	6歳未満	4,060	6,050	1,011		11,121
	6歳以上	3,310	6,050	936		10,296
日本脳炎 1人用0.5mL	3歳未満	3,557	3,250	680		7,487
	6歳未満	3,557	3,250	680		7,487
	6歳以上	3,310	3,250	656		7,216
乳幼児BCG 1人用	—	5,360	6,500	1,186		13,046
水痘 1人用0.5ml	—	5,360	4,500	986		10,846
ヒブ 1人用0.5ml	3歳未満	3,705	4,492	819		9,016
	3歳以上	3,557	4,492	804		8,853
小児用肺炎球菌 (15価、20価) 1人用0.5ml	3歳未満	3,705	7,200	1,090		11,995
	3歳以上	3,557	7,200	1,075		11,832
B型肝炎ワクチン 1人用 0.25ml	—	3,705	1,980	568		6,253
B型肝炎ワクチン 1人用 0.25ml (シリソジ)	—	3,705	2,014	571		6,290
B型肝炎ワクチン 1人用 0.5ml	—	3,705	2,203	590		6,498
B型肝炎ワクチン 1人用 0.5ml (シリソジ)	—	3,705	2,237	594		6,536
ロタテック内用液 (5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン) 1人用 2ml	生後6週～32週	5,360	5,130	1,049		11,539
ロタリックス内用液 (経口弱毒生ロタウイルスワクチン) 1人用 1.5ml	生後6週～24週	5,360	9,700	1,506		16,566
子宮頸がん 1人用 0.5mL (2価、4価)	—	3,310	12,000	1,531		16,841
子宮頸がん 1人用 0.5mL (9価)	—	3,310	21,237	2,454		27,001
接種不可者	—	1,921	—	192		2,113
接種不可者 (麻しん・MRで皮内反応検査を実施した場合のみ)	(MR)	2,481	6,050	853		9,384

※事務手数料(1件 100円)については、都市医師会が事務手続きを行った場合、様式3にて請求してください。

別表2

行政措置予防接種

市町村名

予防接種名	対象	備考
DPT-IPV-Hib	なし	
DPT-IPV	なし	
DT	なし	
ポリオ	なし	
麻しん	なし	
風しん	なし	
MR	令和6年度MRワクチン予防接種1期の対象者：令和7年度において生後24月から生後36月に至るまでの間にある者 ※令和8年3月31日までに3歳の誕生日を迎える方については、その前日まで 令和6年度MRワクチン予防接種2期の対象者：平成30年4月2日から平成31年4月1日までの間に生まれた者	期間 令和7年4月1日から令和8年3月31日
日本脳炎	なし	
BCG	なし	
水痘	なし	
ヒブ	なし	
小児用肺炎球菌	なし	
HBV	なし	
HPV	なし	
ロタウイルスワクチン	なし	

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

令和 年 月 日

○○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	五種混合	四種混合	二種混合	ポリオ	風しん	M R混合	日本脳炎	乳幼児 B C G	水痘	ヒブ	小児用肺炎球菌 15価 20価	B型肝炎				ロタ		H P V		接種不可者(予診のみ) 検査を実施した場合のみ	接種不可者(M R皮内反応)	計
												0.25 ml バイアル	0.25 ml シリジン	0.5 ml バイアル	0.5 ml シリジン	2 ml 5価	1.5 ml 1価	2 価 4 価	9 価			
計																						

(注) 医療機関は、実施月分を翌月 10 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

令和 年 月 日

○○市(町)長 殿

所 在 地

医師会名(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、下記のとおり請求します。

請求金額

円

予防接種名	年齢区分	委託料単価	実施者数等	合 計
五 種 混 合 (DPT-IPV-Hib)	3歳未満			
	6歳未満			
	6歳以上			
四 種 混 合 (DPT-IPV)	3歳未満			
	6歳未満			
	6歳以上			
二 種 混 合 (D T)	3歳未満			
	6歳未満			
	6歳以上			
ポリオ (単抗原)	3歳未満			
	6歳未満			
	6歳以上			
風 し ん	3歳未満			
	6歳未満			
	6歳以上			
M R 混 合	3歳未満			
	6歳未満			
	6歳以上			
日 本 脳 炎	3歳未満			
	6歳未満			
	6歳以上			
乳児用B C G	—			
水 痘	—			
ヒ ブ	3歳未満			
	3歳以上			
小児用肺炎球菌 15価, 20価	3歳未満			
	3歳以上			
B型 肝炎	0.25ml バイアル	—		
	0.25ml シリンジ	—		
	0.5ml バイアル	—		
	0.5ml シリンジ	—		
ロタ	2ml 5価	—		
	1.5ml 1価	—		
H P V	2価, 4価	—		
	9価	—		
接種不可者 (予診のみ)	—			
接種不可者(MR皮内反応検査を実施 した場合のみ)	MR			
合 計				

(振込口座) ○○銀行○○支店○○名義 普通預金 N.O.

(注) 本表は、委託料単価を種類別及び年齢区分別に定めている場合に使用します。

様式3（都市医師会→大分市）

相互乗り入れ予防接種に係る事務手数料請求書

令和 年 月 日

大分市長 殿

所 在 地

医師会名

代表者名

印

令和 年 月分を予診票を添付のうえ、下記のとおり請求します。

請求金額 円

予防接種名	年齢区分	事務手数料単価	実施者数等	合 計
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	3歳未満	100円		
	6歳未満	100円		
	6歳以上	100円		
四種混合 (DPT-IPV)	3歳未満	100円		
	6歳未満	100円		
	6歳以上	100円		
二種混合 (DT)	3歳未満	100円		
	6歳未満	100円		
	6歳以上	100円		
ポリオ (単抗原)	3歳未満	100円		
	6歳未満	100円		
	6歳以上	100円		
風しん	3歳未満	100円		
	6歳未満	100円		
	6歳以上	100円		
MR混合	3歳未満	100円		
	6歳未満	100円		
	6歳以上	100円		
日本脳炎	3歳未満	100円		
	6歳未満	100円		
	6歳以上	100円		
乳児用BCG	—	100円		
水痘	—	100円		
ヒブ	3歳未満	100円		
	3歳以上	100円		
小児用肺炎球菌 15価, 20価	3歳未満	100円		
	3歳以上	100円		
B型 肝炎	0.25ml バイアル	—	100円	
	0.25ml シリンジ	—	100円	
口 タ	0.5ml バイアル	—	100円	
	0.5ml シリンジ	—	100円	
H P V	2ml 5価	—	100円	
	1.5ml 1価	—	100円	
HPV(2価 4価)		—	100円	
HPV(9価)		—	100円	
接種不可者	—	100円		
接種不可者(MR皮内反応 検査を実施した場合のみ)	—	100円		
合 計				

(振込口座) ○○銀行○○支店○○名義 普通預金 NO.

(注) 本表は、都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。