

## 災害時の歯科医療救護活動に関する協定書実施細目

平成29年7月1日付けで、大阪府（以下「甲」という。）と、一般社団法人大阪府歯科医師会（以下「乙」という。）との間で締結した災害時の歯科医療救護活動に関する協定書（以下「協定書」という。）第11条の規定に基づき、実施細目を次のとおり定める。

### （歯科医療班の派遣要請の手続き）

第1条 甲は、協定書第2条の規定に基づき乙に歯科医療班の派遣を要請するときは、「歯科医療班派遣要請書」（様式1）を乙に提出するものとする。ただし、緊急を要する場合は、電話その他の方法により行うことができるものとする。

2 乙は、やむを得ない事故等により歯科医療救護活動に従事することができなくなった場合は、直ちにその旨を甲に届け出るものとする。

3 前項の規定による届け出があった場合において、甲が歯科医療救護活動に従事させることを適当でないと認めるときは、第1項の要請を取り消すものとする。この場合においては、「歯科医療班派遣要請取消書」（様式2）を乙に提出するものとする。

4 甲は、第1項の歯科医療班の派遣を要請した後、要請内容を変更するときは、「歯科医療班派遣要請変更書」（様式3）を乙に提出するものとする。

5 乙が協定書第2条第2項の規定により歯科医療班を派遣するときは、「歯科医療班派遣計画書」（様式4）を甲に提出するものとする。歯科医療班派遣計画書の変更を行うときは、「歯科医療班派遣計画変更書」（様式5）を甲に提出するものとする。

6 乙は、甲からの様式を受け取った際は、受領書（様式切取線以下）を甲に提出するものとする。

7 様式の甲から乙への提出は、緊急を要する場合は、電話その他の方法により行うことができるものとする。

### （費用弁償の請求）

第2条 乙が協定書第2条の規定により歯科医療班を派遣したときは、歯科医療救護活動終了後速やかに、「請求書」（様式6）に次の書類を添付して、甲に請求するものとする。

- (1) 歯科医療救護活動実施報告書（第1号様式）
- (2) 歯科医療班名簿（第2号様式）
- (3) 費用弁償内訳表（第3-1号、第3-2号、第3-3号様式）
- (4) 費用の支払いを証明する書類（領収証、振込明細書等）

### （支払）

第3条 甲は、前条の規定により請求を受けた場合は、関係書類、帳簿を審査し、適当と認めるときは速やかに乙に支払うものとする。

### （扶助金の請求）

第4条 乙は、協定書第9条第2項に該当する場合が発生したときは、「歯科医療救護活動における事故報告書」（様式7）に事故状況等の概要を記載した書類（第4号様式）を添付して、速やかに甲に報告するものとする。

2 協定書第9条第2項に規定する扶助金の請求については、大阪府災害救助法施行細則（昭和44年8

月 29 日大阪府規則第 48 号) の例による。

(費用弁償の額)

第 5 条 協定書第 9 条第 1 項第 1 号に規定する費用弁償の額は、大阪府災害救助法施行細則に準ずるものとする。

2 協定書第 9 条第 1 項第 2 号に規定する実費弁償の額は、使用した医薬品等に係る実費とする。

3 協定書第 9 条第 1 項第 3 号に規定する費用弁償の額は、同条第 1 項第 1 号、第 2 号及び同条第 2 項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のものとする。

4 協定書第 9 条第 2 項に規定する扶助金については、大阪府災害救助法施行細則に準ずるものとする。

附 則

この実施細目は、平成 29 年 7 月 1 日から施行する。

(様式1)

第 号  
年 月 日

歯科医療班派遣要請書

一般社団法人大阪府歯科医師会長 様

大阪府知事

災害時の歯科医療救護活動に関する協定書第2条第1項の規定により、次のとおり歯科医療班の派遣を要請します。

歯科医療救護活動内容	
歯科医療救護活動場所	
活 動 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 日間)
歯科医療救護活動の計画	

----- (切取線) -----

(歯科医療班派遣要請書受領書)

第 号

1 歯科医療班派遣要請書

上記要請書を受領しました。

年 月 日

大阪府知事 様

住所

氏名

印

(様式2)

第 号  
年 月 日

歯科医療班派遣要請取消書

一般社団法人大阪府歯科医師会長 様

大阪府知事

災害時の歯科医療救護活動に関する協定書第2条第1項の規定に基づく、  
年 月 日 第 号の歯科医療班の派遣要請は、これを取り消します。

----- (切取線) -----

(歯科医療班派遣要請取消書受領書)

第 号

1 歯科医療班派遣要請取消書

上記要請取消書を受領しました。

年 月 日

大阪府知事 様

住所

氏名

印

(様式3)

第 号  
年 月 日

歯科医療班派遣要請変更書

一般社団法人大阪府歯科医師会長 様

大阪府知事

災害時の歯科医療救護活動に関する協定書第2条第1項の規定に基づく、  
年 月 日 第 号をもって要請した派遣要請書は次のとおり変更します。

歯科医療救護活動内容	
歯科医療救護活動場所	
活 動 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 日間)
歯科医療救護活動の計画	
変 更 理 由	

----- (切取線) -----

(歯科医療班派遣要請変更書受領書)

第 号

1 歯科医療班派遣要請変更書

上記要請変更書を受領しました。

年 月 日

大阪府知事 様

住所

氏名

印

(様式4)

第 号  
年 月 日

歯科医療班派遣計画書

大阪府知事 様

一般社団法人大阪府歯科医師会長

年 月 日付け 第 号で依頼のありました歯科医療救護活動について、災害時の歯科医療救護活動に関する協定書第3条第1項の規定により、歯科医療班派遣計画書を提出します。

歯科医療救護活動内容	
歯科医療救護活動場所	
活 動 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 日間)
歯 科 医 療 班 編 成	

(様式5)

第 号  
年 月 日

歯科医療班派遣計画変更書

大阪府知事 様

一般社団法人大阪府歯科医師会長

年 月 日付け 第 号で提出した歯科医療班派遣計画について、変更が生じたので災害時の歯科医療救護活動に関する協定書第3条第2項の規定により次のとおり変更します。

歯科医療救護活動内容	
歯科医療救護活動場所	
活 動 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 日間)
歯 科 医 療 班 編 成	
変 更 理 由	

(様式6)

年 月 日

請 求 書

大阪府知事 様

大阪市天王寺区堂ヶ芝1丁目3番27号  
一般社団法人大阪府歯科医師会  
会長 印

災害時の歯科医療救護活動に関する協定に基づき、歯科医療班の派遣経費等の費用弁償  
について、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

記

金 円  
(内訳は別紙のとおり)

第1号様式

歯科医療救護活動実施報告書

歯科医療救護活動場所	活動内容	職種別 出動人数	活動期間
	(1) 応急処置 (2) 歯科口腔保健衛生活動 (3) その他	(        ) 名 (        ) 名 (        ) 名	月    日    時    分 ~ 月    日    時    分
	(1) 応急処置 (2) 歯科口腔保健衛生活動 (3) その他	(        ) 名 (        ) 名 (        ) 名	月    日    時    分 ~ 月    日    時    分
	(1) 応急処置 (2) 歯科口腔保健衛生活動 (3) その他	(        ) 名 (        ) 名 (        ) 名	月    日    時    分 ~ 月    日    時    分

※日誌あるいは日報を添えて提出すること。

※疾病名、年齢（年齢層）、処置内容等が分かるような集計結果（「全体」「日時別」「避難所別」等）を添えて提出すること。



第3-1号様式

費用弁償内訳表

区分	内訳				備考
	職種	延人数	日当	旅費	
従事者に対する 実費弁償					詳細は別紙 のとおり
小計					
医薬品等に対する 実費弁償				金額	
その他の実費弁償				金額	
合計					



第3-3号様式

費用弁償内訳表

歯科医療班名	品名	使用量		薬価基準による単価	
		単位	数量	単価	金額

(様式7)

第 号  
年 月 日

大阪府知事 様

大阪市天王寺区堂ヶ芝1丁目3番27号  
一般社団法人大阪府歯科医師会  
会長 印

### 歯科医療救護活動における事故報告書

#### 記

歯科医療救護活動を実施中に従事者に次のとおり（負傷・疾病・死亡）事故が発生しましたので報告します。

事故の概要 別紙のとおり

第4号様式

歯科医療救護活動従事者に係る事故状況等の概要

事故の種類（ 負傷 ・ 疾病 ・ 死亡 ）					
氏名		性別	男 ・ 女	年齢	歳 年 月 日生
住所	電話番号：				
職種		所属			
傷病名	医療機関発行の診断書（ただし、親族医師が発行した診断書を除く）を添付すること。				
外来	年 月 日から	年 月 日	医療機関名		
入院	年 月 日から	年 月 日	医療機関名		
負傷（疾病）発生日時		年 月 日 時 分			
負傷（疾病）発生場所					
事故発生時の状況					
その後の対応					
転帰					
特記事項					