

災害時の歯科医療救護に関する協定書実施細目

平成22年12月9日付けで締結した災害時の歯科医療救護に関する協定書（以下「協定書」という。）第11条の規定に基づく実施細目は、次のとおりとする。

（歯科医療救護班の派遣要請）

第1条 協定書第3条第1項に規定する甲の乙に対する歯科医療救護班の派遣要請は、文書（第1号様式及び第1号の2様式）により行うものとする。ただし、緊急を要するときは電話等迅速な方法で行い、文書の提出はその後において行うことができるものとする。

なお、文書または電話等による派遣要請の効力の発生時期は、派遣要請の意思が乙に伝達されたときとする。

2 協定書第3条第3項に規定する緊急止むを得ない事情とは、県災害対策本部等が設置されていない段階で歯科医療救護班を派遣する必要があった場合をいう。

（歯科医療救護組織）

第2条 歯科医療救護組織は歯科医療救護班（本部を含む）及び後方歯科医療機関よりなる。

2 歯科医療救護班（本部を含む）は歯科医師、歯科衛生士により構成される。

（救護所設置の特例）

第3条 甲は、避難所等に設置する救護所のほか、必要と認めたときは、甲が指定した収容歯科医療機関に救護所を設置することができる。

2 前項の収容歯科医療機関のほか、必要と認めた場合は、その他の歯科医療機関にも救護所を設置することができる。

（歯科医療救護活動の報告）

第4条 乙が、協定書第3条の規定により歯科医療救護班を派遣したときは、歯科医療救護活動終了後速やかに、各歯科医療救護班ごとの「歯科医療救護活動報告書」（第2号様式）、「歯科医療救護班員名簿」（第3号様式）及び「医薬品等使用報告書」（第4号様式）をとりまとめ、甲に報告するものとする。

（事故報告書）

第5条 乙は、協定書第3条に基づく歯科医療救護活動において、歯科医療救護班員が負傷し、疾病にかかり、又は死亡したときは、「事故報告書」（第5号様式）及び「事故（傷病者・死亡者）概要」（第5号別記様式）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6条 乙は、協定書第10条に定める費用弁償の請求をする場合には、「費用弁償請求書」（第6号様式）に、次の各号に定める書類を添付して、甲に提出するものとする。

（1）歯科医療救護班派遣に要する経費

「歯科医療救護班員名簿」（第3号様式）

（2）歯科医療救護班が携行し使用した医薬品等

「医薬品等使用報告書」（第4号様式）

(3) 歯科医療救護班が、歯科医療救護活動において負傷し、疾病にかかり、又は死亡した場合
「事故報告書」(第5号様式)

「事故(傷病者・死亡者)概要」(第5号別記様式)

- 2 協定書第10条第1項第3号に規定する扶助金については、支給を受けようとするものが「扶助金支給申請書」(第7号様式)により、乙を通じて、甲に申請するものとする。
- 3 第3条により救護所が設置された歯科医療機関における施設、設備の損傷に係る実費については、当該歯科医療機関が「物件損傷等報告書」(第8号様式)により、乙を通じて、甲に報告するものとする。

(費用弁償等の額)

第7条 協定書第10条第1項第1号に規定する費用弁償の額は、別表に定める額とする。

- 2 協定書第10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10条第1項第3号に規定する扶助金については、「災害に伴う応急措置の業務に従事した者に対する損害の補償に関する条例」(昭和37年10月10日福島県条例第54号)に準ずるものとする。

(費用弁償等の支払)

第8条 甲は、前2条の規定により請求を受けた場合は、関係書類を確認の上、速やかにこれを乙に対し支払うものとする。

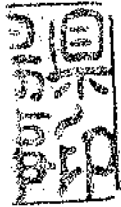
(訓練に係る費用弁償)

第9条 甲が実施する訓練に参加する歯科医療救護班に係る費用弁償等については、第7条第2項及び第3項の定めを準用するものとする。

(医事紛争の処理)

第10条 歯科医療救護班が治療した患者について、患者との間に医事紛争が生じた場合には、乙は直ちに甲に連絡するものとする。

- 2 甲は前項の連絡を受けたときは、速やかに調査し、甲、乙協議のうえ、医事紛争の解決のため、適切に当事者の仲介を行うものとする。



別表

歯科医療救護活動の従事者に対する実費弁償

区 分	目 当	旅 費	時間外勤務手当
歯科医師	福島県災害救助法施行細則（昭和35年6月21日規則第49条） 別表第2に定める額		
歯科衛生士			

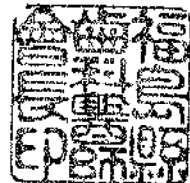
本実施細目2通を作成し、甲、乙双方記名押印の上、各1通を保有する。

平成22年12月9日

甲 福島市杉妻町2番16号
福島県
福島県知事 佐藤雄平



乙 福島県福島市仲間町6番6号
社団法人福島県歯科医師会
会長 金子 振



石田知

金田印

第1号様式

平成 年 月 日
番 号

社団法人 福島県歯科医師会長 様

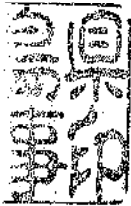
福島県知事

救護班の派遣について（依頼）

災害時の歯科医療救護活動に関する協定書第2条に基づく実施細目第1条の規定により、救護班の派遣についてよろしくお取り計らい願います。

記

- 1 派遣地域
- 2 派遣期間
- 3 派遣救護班の数



福知

金澤
印

第1号の2様式

平成 年 月 日
番 号

社団法人 福島県歯科医師会長 様

福島県知事

救護班の派遣内容の変更について（依頼）

このことについて、平成 年 月 日付け 第 号で依頼した歯科医療救護活動に
関する内容を下記のとおり変更します。

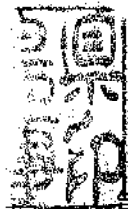
記

- 1 派遣地域
- 2 派遣期間
- 3 派遣救護班の数
- 4 変更理由



福知

福知



第2号様式

(福島県)

歯科医療救護活動報告書

活動日時	年 月 日 時 ~ 時
活動場所	
医療班名	
医療班員名	歯科医師 (氏名) 歯科衛生士 (氏名)
患者人数	人
主訴 (人数)	う 蝕 (人) 歯 髓 炎 (人) 歯根膜炎 (人) 歯 周 病 (人) 粘膜疾患 (人) 外 傷 (人) 欠 損 (人) 義歯紛失 (人) 義歯不適合 (人) 脱 離 (人) その他 (具体的に記載)
処置内容 (人数)	検診のみ (人) 消 炎 鎮 痛 (人) 保存修復 (人) 歯内療法 (人) 歯 周 治 療 (人) 義歯修理 (人) 義歯調整 (人) 口腔外科処置 (人) 再 装 着 (人) 紹 介 (人) その他 (具体的に記載)
公衆衛生活動	対象人数 人 内容
連絡事項	



第 10 卷

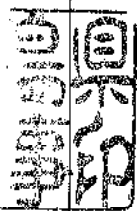
第 10 卷

第3号様式

歯 科 医 療 救 護 班 員 名 簿

歯科医師会名 _____

班 名	職 種	氏 名	所 属	住 所



福知

金長印

第4号様式

(歯科医療救護班用)

医 藥 品 等 使 用 報 告 書

[illegible]

THE
FIRE

REPORT

福知

福知

第4号様式



(救護所が設置された歯科医療機関用)

医 薬 品 等 使 用 報 告 書

歯科医師会名 _____

歯科医療機関名 _____

品 名	規 格	数 量	単 価 基 準	
			単 価	金 額



知照

知照

第5号様式

事 故 報 告 書

平成 年 月 日から同 年 月 日までにおける 災害・訓練 時歯科
医療救護活動において、別紙のとおり事故傷病者が発生したので報告します。

平成 年 月 日



福島県知事

様

社団法人福島県歯科医師会

会 長

印



福知

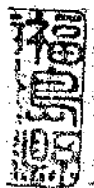
福知



第5号別記様式

事故（傷病者・死亡者）概要

氏 名			性別	男 ・ 女	年齢	歳
住 所						
職 種		勤務地			所属歯科医 療救護班名	
傷病名				程度	重症・中等症・軽傷	
外来・入院（ 月 日）			診療(入院)歯科 医療機関名			
受傷（発病）日時	年 月 日 時 分					
受傷（発病）場所						
死 亡 原 因						
死 亡 日 時	年 月 日 時 分					
死 亡 場 所						
死亡受傷（発病）時の状況						



福知

田代印

第6号様式

(歯科医療救護班用)

請 求 書

平成 年 月 日

福島県知事 様

社団法人福島県歯科医師会
会 長 印

請 求 金 額 円

但し、災害時の歯科医療救護活動に対する費用弁償として、上記のとおり請求します。



福知

福知
印

第6号様式

(救護所が設置された歯科医療機関用)

請 求 書

平成 年 月 日

福島県知事 様



社団法人福島県歯科医師会
会 長

印

請 求 金 額 円

但し、災害時の歯科医療救護活動に対する費用弁償として、上記のとおり請求します。

福知

PRINTED BY
KUMIKO
CO.



第7号様式

扶 助 金 支 給 申 請 書

年 月 日

福島県知事

殿

住所

氏名

㊦

療養（休業、障害、遺族、葬祭、打切）

扶助金の支給について（申請）

次のとおり、災害時の歯科医療救護に関する協定書10条第1項の規定に基づき扶助金の支給について、関係書類を添えて申請します。

負傷し、疾病にかかり又は死亡した者の住所及び氏名					
負傷し、疾病にかかり又は死亡した日時及び場所					
負傷、疾病又は死亡の原因					
傷病名、傷病の程度及び身体 の状況					
負傷し、疾病にかかり又は死亡したときに本人と関係のあった主なる親族の状況	氏名	本人との続柄	生年月日	職業	備考



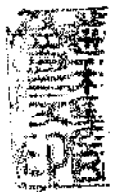
福知

福知

第7号様式裏面

- (添付書類) : 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 (療養扶助金申請の場合は不要) }
- ② 療養扶助金は、診断書及び療養費の領収書又は請求書
- ③ 休業扶助金は、休業期間が記載された診断書及び事業主の証明 (休業期間中の収入額及びその期間が記載されたもの)
- ④ 障害扶助金は、医師の意見を付した障害診断書
- ⑤ 遺族扶助金は、死亡診断書、受給順位を明らかにした書類
- ⑥ 葬祭扶助金は、死亡診断書
- ⑦ 打切扶助金は、療養経過を明らかにした診断書







第8号様式

物件損傷等報告書

歯科医師会名

歯科医療機関名

物件名	損傷の種類	損傷の程度	数量	単価	金額	備考
計						

- 注
1. 歯科医療機関ごとに記入のこと。
 2. 物件名欄は、建造物、医療機械、器具及び自動車等を記入のこと。
 3. 損傷の種類欄は、破壊、破損、汚染及び紛失等の種類を記入のこと。
 4. 損傷の程度欄は、全壊、半壊、使用不能と具体的に記入のこと。
 5. 備考欄は、損傷の原因その他参考事項を記入のこと。

