

## 広島県災害時公衆衛生チームへの協力に関する協定書

広島県（以下「甲」という。）と社団法人広島県歯科医師会（以下「乙」という。）とは、広島県災害時公衆衛生チーム編成・運営要綱（平成25年2月1日施行。以下「運営要綱」という。）第4条第3項の協力について、次のとおり協定を締結した。

### （依頼及び協力）

第1条 甲は、広島県災害時公衆衛生チーム保健衛生班（以下「保健衛生班」という。）の編成に際して、歯科医師の職の者を構成員とする必要がある場合は、必要に応じて、乙に協力の依頼を行うものとする。

2 乙は、前項の協力の依頼があった場合には、可能な限りこれに協力するものとし、協力が可能な場合は、乙の会員の中から保健衛生班の構成員として適当な者（以下「乙構成員」という。）の人選を行い、別記様式第1号により速やかに甲に連絡するものとする。

### （活動内容）

第2条 保健衛生班は、主に次の活動を行うこととし、活動の具体的な内容については、「広島県災害時公衆衛生活動マニュアル」による。

- (1) 健康状況把握・健康相談・健康教育
- (2) 栄養管理・衛生管理・環境整備
- (3) 要援護者・要医療者支援
- (4) 心のケア
- (5) 各支援者・団体等の調整

### （費用負担等）

第3条 保健衛生班の活動の一環として、乙構成員が実施する活動のために必要な次の各号に掲げる費用（実費）は、甲が負担するものとする。

- (1) 派遣期間中の日当，超過勤務手当，旅費及び宿泊料
  - (2) 活動のために使用した消耗品費
  - (3) 活動により破損した施設及び設備の修繕費等
  - (4) その他活動のために必要な経費のうち甲が必要と認めた費用
- 2 前項第1号の費用（実費）の負担の程度は、別表による。
- 3 乙は、保健衛生班の活動が終了した場合は、甲の指示により、別記様式第2号に請求額の算出に係る明細書を添付のうえ、関係分を取りまとめて、第1項の費用（実費）の請求を行うものとする。

(補償等)

第4条 甲は、保健衛生班の活動に従事したため、乙構成員が負傷し、疾病にかかり、又は死亡した場合に対応するため、乙構成員の傷害保険に加入するものとする。

2 前項に基づく保険金については別記様式第3号により、甲に対して、請求を行うものとする。

(疑義の解決)

第5条 この協定について、疑義の生じた事項及びこの協定に定めのない事項については、甲及び乙が協議して定めるものとする。

(協定期間)

第6条 この協定は、甲又は乙が文書をもって協定の終了を通知しない限り、継続するものとする。

以上のとおり協定を締結したことを証するため、この証書2通を作成し、甲と乙が記名・押印して、各自その1通を所持する。

平成25年2月18日

甲 広島県  
代表者 広島県知事 湯崎英彦



乙  
代表者 広島市中区富士見町11番9号  
社団法人 広島県歯科医師会  
会長 山科透



別表（協定書第3条第2項関係）

保健衛生班の活動に係る費用（実費）の負担の程度

〔歯科医師関係〕

日 当 (1人1日当たり)	超過勤務手当	旅費及び宿泊料
20,650円以内	災害救助法施行細則別表第2に定める額（勤務時間当たりの給与額に、職員の給与に関する条例第15条第1項に規定する割合を乗じて得た額）	災害救助法施行細則別表第2に定める額（職員の旅費に関する条例に定める行政職5級の職務相当額）



(別記)

様式第1号 (協定書第1条第2項関係)

広島県災害時公衆衛生于一ム保健衛生班構成員選定報告書

番号	選定者			選定者所属機関		派遣可能期間		
	氏名	年齢	性別	携帯電話番号	機関名		住所	電話番号
1		歳						平成 年 月 日 ~平成 年 月 日
2		歳						平成 年 月 日 ~平成 年 月 日
3		歳						平成 年 月 日 ~平成 年 月 日
4		歳						平成 年 月 日 ~平成 年 月 日

(団体窓口)

団体名 (担当課)	
住所	
電話番号	
担当者名	



様式第2号（協定書第3条第3項関係）

公衆衛生活動費請求書

平成 年 月 日



広島県知事様

住所

団体名

代表者氏名

印

平成 年 月 日から平成 年 月 日までの間における広島県災害時公衆衛生チーム保健衛生班の活動に係る費用として、次の金額を請求します。

金額 円

（請求額明細書 別紙のとおり）



保 険 金 支 払 申 請 書

平成 年 月 日

広 島 県 知 事 様

住 所

氏 名

印

（本人との続き柄 ）

広島県災害時公衆衛生チームへの協力に関する協定書第4条第1項の規定により加入した保険により支払われる保険金を、別紙関係書類を添えて申請します。

本人氏名	
------	--

- 注1 通院・入院への補償の場合は、医師の診断書及び療養費の領収書又は請求書を添付すること。
- 2 死亡への補償の場合は、医師の診断書を添付すること。
- 3 後遺障害への補償の場合は、医師の意見を付した障害診断書を添付すること。