

静岡県特定疾患治療研究事業委託契約書

個人の場合は医療機関名と代表者名、法人の場合は法人名を記入してください。

静岡県（以下「甲」という。）と
との間に次の委託契約を締結する。

株式会社 ○○

（以下「乙」という。）

（目的）

第1条 甲は、静岡県特定疾患治療研究事業実施要綱（平成30年4月1日付医疾第2027号通知。以下「要綱」という。）に基づき、甲から特定疾患医療受給者証の交付を受けている者に係る医療の給付を乙に委託し、乙は、これを受託する。

（医療費の請求額）

第2条 乙は前条の医療の給付に要する費用を甲に請求できるものとし、その額は、要綱に基づき算定された額とする。

（請求）

第3条 乙は、前条によって算定した費用を要綱の定めるところにより、請求するものとする。

（履行場所）

第4条 医療の給付を履行する場所は、 ○○薬局 ○○店 静岡市葵区○○1-1-1 とする。

（委託事務処理状況、報告等）

第5条 甲は、必要があると認めるときは、いつでも委託事務の処理状況を乙に報告させ、又は自らその状況を調査することができる。

（契約期間）

第6条 この契約の有効期間は、 年 月 日から 年3月31日までとする。

第7条 この契約の有効期間満了の日までに甲又は乙のいずれからも別段の意思表示がない場合は、引き続き同一条件をもって1箇年間この契約は継続するものとし、その後において期間満了したときも、また、同様とする。

（契約の解除）

第8条 この契約を履行することにより、暴力団（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）第2条第2号に該当する団体）を利用することとなる場合には、甲はこの契約を解除することができる。

（疑義の解決）

第9条 この契約に定めるもののほか、必要な事項については、その都度甲乙協議の上、決定するものとする。

この契約の成立を証するため、この契約書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各自その1通を所持する。

年 月 日

（甲）郵便番号（420-8601）

静岡市葵区追手町9番6号

静岡県知事 鈴木 康友 印

（乙）郵便番号（123-4567）

所在地

静岡県静岡市葵区○○5-5-5

名称 株式会社 ○○

代表者の職氏名 代表取締役 静岡 次郎 印

個人の場合は医療機関所在地、法人の場合は法人の所在地を記入してください。

法人の場合は法人の公印を押印してください。

電話番号（012） 345 - 6789

※特定疾患契約医療機関番号

— —

※県で記入します。

静岡県特定疾患治療研究事業委託契約書

静岡県（以下「甲」という。）と株式会社 ○○（以下「乙」という。）との間に次の委託契約を締結する。

（目的）

第1条 甲は、静岡県特定疾患治療研究事業実施要綱（平成30年4月1日付医疾第2027号通知。以下「要綱」という。）に基づき、甲から特定疾患医療受給者証の交付を受けている者に係る医療の給付を乙に委託し、乙は、これを受託する。

（医療費の請求額）

第2条 乙は前条の医療の給付に要する費用を甲に請求できるものとし、その額は、要綱に基づき算定された額とする。

（請求）

第3条 乙は、前条によって算定した費用を要綱の定めるところにより、請求するものとする。

（履行場所）

第4条 医療の給付を履行する場所は、○○薬局 ○○店 静岡市葵区○○1-1-1 とする。

（委託事務処理状況、報告等）

第5条 甲は、必要があると認めるときは、いつでも委託事務の処理状況を乙に報告させ、又は自らその状況を調査することができる。

（契約期間）

第6条 この契約の有効期間は、年 月 日から 年3月31日までとする。

第7条 この契約の有効期間満了の日までに甲又は乙のいずれからも別段の意思表示がない場合は、引き続き同一条件をもって1箇年間この契約は継続するものとし、その後において期間満了したときも、また、同様とする。

（契約の解除）

第8条 この契約を履行することにより、暴力団（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）第2条第2号に該当する団体）を利することとなる場合には、甲はこの契約を解除することができる。

（疑義の解決）

第9条 この契約に定めるもののほか、必要な事項については、その都度甲乙協議の上、決定するものとする。

この契約の成立を証するため、この契約書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各自その1通を所持する。

年 月 日

（甲）郵便番号（420-8601）

静岡市葵区追手町9番6号

静岡県知事 鈴木 康友 印

（乙）郵便番号（123-4567）

所在地

静岡県静岡市葵区○○5-5-5

名称 株式会社 ○○

代表者の職氏名 代表取締役 静岡 次郎 印

電話番号（012）345-6789

※特定疾患契約医療機関番号	—	—
---------------	---	---

※県で記入します。