

高齢者等に対する新型コロナワクチン接種円滑化業務

委託契約書

(案)

神戸市（以下「甲」という。）と別紙記載の居宅介護支援事業所（以下、各居宅介護支援事業所を個別に「乙」という。）及び乙から次の委託契約（以下「本契約」という。）に関する権限の委任を受けた神戸市ケアマネジャー連絡会（以下「丙」という。）との間で、次の表の条項及び別紙委託契約約款の条項（次の表の第5項に定める条項を除く。）により委託契約を締結する。

1 委託業務に係る委託料（前金払又は概算払により支払うものは、その旨及び支払う時期）	支援を必要とする高齢者等 1名当たり1,000円
2 契約保証金（第3条関係）	納付の必要はない
3 委託業務の履行に係る期間又は期日（以下「委託期間等」という。）	令和3年4月19日から8月31日まで
4 甲が乙に対し委託業務の履行のために必要な機械器具等、設備等を有償で提供する場合、その金額（第18条第3項、第5項関係）	なし
5 別紙委託契約約款のうち適用を除外する条項	なし
6 別紙委託契約約款に付加する条項の内容	なし
7 担保期間（第13条）	なし

この契約の締結を証するため、この契約書2通を作成し、甲丙それぞれ記名押印の上、各自その1通を保有する。

令和3年 6月 日

神戸市中央区加納町6丁目5番1号

甲 神戸市

代表者 神戸市長 久元 喜造 印

神戸市中央区橋通3丁目4-1 総合福祉センター3階

丙（乙代理人）

一般社団法人 神戸市ケアマネジャー連絡会

代表者 代表理事 伊賀 浩樹 印

業務仕様書

第1条（業務仕様書目的）

本業務仕様書は、委託件名「高齢者等に対する新型コロナワクチン接種円滑化業務」について、以下の方針をもとにその委託の範囲及び要件等を定めるものである。なお、本業務仕様書において、神戸市を甲とし、受託者を乙とする。

- (1) 本事業は、要介護認定を受けた被保険者に対して、介護支援専門員が接種会場への同行等の支援を行うという業務について、介護支援専門員に対して神戸市から委託を行う。
- (2) 介護支援専門員の高齢者に対する支援を促進し、高齢者等へのワクチン接種を円滑に進めることを目的とする。

第2条（業務内容）

この契約による業務（以下「委託業務」という。）の範囲は、介護支援専門員が、要介護度1～5の認定を受けた高齢者等に対して、次の(1)～(3)の支援を行うこととする。

但し、高齢者等自身の自立度等により、全ての支援が必要ない場合は、次の(1)～(3)の1以上の支援を行うこととする。

それでもなお、接種を受けることが困難である場合については、(4)の通り市への報告を行うこと。

高齢者等への支援の経過については介護支援専門員が必ず支援記録に記載すること。

- (1) ワクチン接種（第1及び2回目）の予約支援
- (2) 接種券の管理支援
- (3) ワクチン接種会場への同行、同行支援の調整等の接種支援
- (4) ワクチン接種を受けることが困難である高齢者等の状況に関する市への報告業務

第3条（委託金額）

支援を必要とする高齢者等1名当たり1,000円

第4条（業務実施期間）

令和3年4月19日から令和3年8月31日まで

第5条（実績報告）

業務終了後、支援対象高齢者等1名ごとの支援の日時や支援の実績について、乙は甲に文書または電磁的記録により報告を行うこと。ただし、乙が提出する文書または電磁的記録については丙が取りまとめ、甲に提出すること。

第6条（疑義についての協議）

この仕様書に定めのない事項又は疑義の生じた事項については、その都度甲乙協議して定めるものとする。

高齢者等に対する新型コロナワクチン接種円滑化業務 委託契約締結に関する委任状

代理人： 一般社団法人 神戸市ケアマネジャー連絡会

委任者

- ① 事業所名 :
- ② 郵便番号 :
- ③ 住所 :
- ④ 電話番号 :
- ⑤ 代表者氏名 : 印

当事業所は、神戸市ケアマネジャー連絡会に対し、高齢者等に対する新型コロナワクチン接種円滑化業務委託契約に関する下記の権限を委任いたします。

記

1. 高齢者等に対する新型コロナワクチン接種円滑化業務委託について、神戸市ケアマネジャー連絡会を代理人として神戸市との委託契約を締結すること。
2. 上記1の契約について、当事業所の脱退の意思に基づき、委託契約書の規定に従って当該委託契約を解除すること。

以上

請求書

請求金額	円
委託契約の名称	高齢者等に対する新型コロナワクチン 接種円滑化業務委託契約

委託契約にもとづき、上記のとおり請求します。

年 月 日

神戸市長 宛

〒

住 所

団 体 名

代表者名

印

担当者名

(TEL)

(添付書類)

- ・ 実施報告書

- ・ 振込先について、兵庫県国民健康保険団体連合会に登録されている介護給付等支払先口座情報を用いることに対して同意します。

実施報告書

事業所名:

介護支援専門員名:

NO	介護保険 被保険者証番号	年齢	支援を行った日	接種日 (1回目)	接種日 (2回目)	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
				計		

※必要に応じて行を追加してください。(ページ数が増えても可)