

# 記載例

## ※契約書は両面印刷で作成願います

千葉県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約書

甲と乙は、千葉県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の実施に関し、次のとおり委託契約を締結する。

第1条 甲は、「千葉県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱」（以下「要綱」という。）第3条に定める対象疾患の調剤について、これを乙に委託する。

第2条 乙は、前条に定める対象疾患の調剤を受託し、これを行うものとする。

第3条 乙が行う前条の治療は、甲が発する「千葉県先天性血液凝固因子障害等受給者証」の交付を受けた者に限るものとする。

第4条 乙が、第2条に係る費用について甲に請求することのできる額は、要綱第6条の（1）及び（2）に規定する額の合計額とする。

第5条 乙は、前条の規定により甲に請求できる額について、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和51年厚生省令第36号）の規定により、当該調剤報酬請求書を千葉県社会保険診療報酬支払基金及び千葉県国民健康保険団体連合会に提出し、又は「介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令」（平成12年厚生省令第20号）の規定により、当該介護給付費請求書を千葉県国民健康保険団体連合会に提出するものとする。

第6条 乙は、甲からこの委託事項について必要な調査、報告を求められたときは、これに協力するものとする。

第7条 乙は、この委託契約において薬局が廃局した場合は解除届を、また薬局名等の変更が生じた場合は変更届を、それぞれ速やかに届け出るものとする。

第8条 この契約期間は、**令和〇〇年□□月△△日**から**令和××年3月31日**までとする。

2 この契約期間満了日の1か月前までに甲、乙双方から契約期間の更新をしない旨の申入れがないときは、契約期間満了日の翌日から1年間契約が更新されたものとし、その後の契約についても同様とする。

第9条 甲及び乙は、この契約を継続の契約を解除することができるものとする。

第10条 前各条に定めるもののほか、甲、乙協議して定めるものとする。

「契約の締結が必要になった日」から  
「契約の締結が必要になった日の属する年度末」  
の日付を記載してください。

この契約を証するため、本書2通を作成し、双方記名押印の上各自1通を保有する。

令和 年 月 日

契約締結日は、こちらで記入します。  
(記入しないでください。)

甲 〒260-8667 千葉市中央区市場町1番1号  
千葉県  
千葉県知事 印

乙 所在地  
薬局名  
代表者名

〒〇〇〇-□□□  
〇〇県□□市△△ ××ビル2階  
〇〇薬局××店  
株式会社□□ 代表取締役 △△ △△ 印

**【法人の場合】**

薬局の所在地、薬局名、法人名称、代表職名、氏名  
を記載し、代表者印を押印してください。

**【個人の場合】**

薬局の所在地、薬局名、氏名  
を記載し、代表者印を押印してください。