【別紙２】

令和　　　年　　　月　　　日

　群馬県知事　宛て

　　　　　　　　　　　所在地

法人名（医療機関名）

　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　 印

群馬県登録医療通訳ボランティア派遣制度の利用について

　群馬県登録医療通訳ボランティア派遣制度について、下記事項を承知したうえで利用を

希望します。

記

１　本制度は、医療通訳ボランティアの協力により実施される制度であること。

２　言語によっては登録ボランティアが少ない又はいないため、派遣を受けられない場合があること。

３　本制度における「派遣」には、電話による対応も含めること。

４　県内の医療機関及び公的保健福祉機関（以下「医療機関等」という。）が、診療、通院時の説明、インフォームドコンセント、医療費の支払い、入退院の説明などにおいて、通訳が必要と判断した場合に派遣を申請できること。

５　患者側から派遣の依頼があった場合は、医療機関等が必要性を判断し、派遣を申請すること。

６　医療通訳ボランティアの誤訳により患者に対し誤った治療が行われ、医療機関が患者　から損害賠償を請求された場合に、医療機関が加入している賠償責任保険で患者に対す　る損害賠償責任が補償されることが派遣の条件であること。

７　派遣申請の際は、原則として派遣希望日の７日前までに医療通訳ボランティア派遣申請書を提出すること。

８　派遣１回あたりの交通費相当額として、２，０００円を患者もしくは医療機関等が負担し、医療機関等から医療通訳ボランティアへ支払うこと。なお、キャンセルがあった場合は医療機関等が支払うこと。また、超過料金が発生した場合は、医療機関等が支払うこと。【詳細は別表に記載】

９　負担金として、前年度の派遣件数に応じた負担額及び派遣件数に基づく負担額を医療機関等が支払うこと。【詳細は別表に記載】

10　医療通訳に際し、医療機関等又は患者に万が一不利益や損害が生じた場合でも群馬県及び医療通訳ボランティアは一切の法的責任を負わないこと。

11　医療通訳ボランティアの氏名などの個人情報を患者や第三者へ漏らしてはならないこと。医療通訳ボランティアも患者の氏名などの個人情報は第三者へ漏らさないこと。

12　電話通訳時以外は原則として、医療機関等は医療通訳ボランティアと直接連絡をとってはならないこと。

担当部署：

担当者名：

電　　話：

Ｆ Ａ Ｘ：

E-mail ：

群馬県ホームページ等での医療機関名の公表（○をつけてください）　　可　　　不可

【別表】

**医療通訳ボランティア派遣に要する費用**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 金額 | 負担者 | 支払方法 |
| 派遣等費用  交通費相当額 | 1件につき  **2,000円** | 協定医療機関等 | 口座振込 |
| 患者 | 通訳終了後  医療通訳ボランティアへ直接支払　※ |
| 超過時間料金  (2時間以上の場合) | 1時間につき  **1,000円** | 協定医療機関等 | 口座振込 |
| 超過距離料金  (片道20km以上の場合) | 10kmにつき  **1,000円** |

※電話通訳の場合は口座振込

キャンセルがあった場合は協定医療機関等が支払う。

**医療通訳ボランティア派遣等に要する協定医療機関等の負担金**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 金額 | 負担者 | 支払方法 |
| 前年度の派遣等件数の実績に応じた負担額  （毎年1回）  ※新たに協定を結ぶ医療機関等については、初年度に限り、派遣等件数にかかわらず一律 | 10件未満  **5,000円**  10件以上30件未満  **10,000円**  30件以上  **20,000円**  ※初年度（一律）  **5,000円** | 協定医療機関等 | 口座振込  協定締結後 又は  年度初めに請求書送付 |
| 利用時の負担額 | 1件につき  **2,000円** | 協定医療機関等 | 口座振込  ３か月ごとに請求書送付 |