

様式1

岡崎市ひとり暮らし高齢者見守り配食サービス事業 参加申込書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

(申請者) 住所又は所在地

商号又は名称

(フリガナ)

代表者

職・氏名

担当者氏名

電話番号

令和8年度の岡崎市ひとり暮らし高齢者見守り配食サービス業務について、受託を希望しますので下記のとおり申し込みます。

記

1 事業を実施する事業所（店舗）

所在地	〒 -		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
名称 (屋号)	(フリガナ)		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	FAX番号	
事務担当者 氏名		Eメール アドレス	

2 添付書類

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 様式2 | <input type="checkbox"/> 検便検査成績書の写し |
| <input type="checkbox"/> 様式3 | <input type="checkbox"/> O-157の検査項目を含む。
直近2か月以内に結果がでているもの。] |
| <input type="checkbox"/> 食品営業許可証の写し | |
| <input type="checkbox"/> 食品衛生責任者の資格を
証明する書類の写し | <input type="checkbox"/> 1か月分のメニュー表
〔計算されたエネルギー量等の表記があるもの。〕 |
| <input type="checkbox"/> 食品衛生監視票の写し
(直近6か月以内に実施のもの) | <input type="checkbox"/> 直近3か月以内のもの。] |

※ 上記のほか、職員研修実績書及び計画表、業務マニュアル、食中毒等の感染症発生時の対応マニュアル並びに広告・パンフレット等がある場合は添付すること。

令和8年度 見守り配食サービス事業者参加調書

基本事項（記入や該当するもにチェック）									
事業所名 (店舗)				注文専用 電話番号	<input type="checkbox"/> 事業所（店舗）と同じ				
食品衛生 責任者				管理者 氏名					
経験	食事の提供に関する営業開始年月			<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月～	
	食事の宅配サービスの開始年月			<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月～	
本業務の 配食可能数	1日あたり 昼食 食			1日あたり 夕食 食					
現在の 配食数	1日あたり 昼食 食			1日あたり 夕食 食					
アピール ポイント									
支払方法 〔利用者 →事業者〕	<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> 振込	<input type="checkbox"/> 引落し	<input type="checkbox"/> その他（ ）					
試食提供	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有料（ ）円／食	<input type="checkbox"/> 無料（ ）食まで						
本業務において、対応可能なサービス（該当するものに✓又は○を記入）									
食事の 量	惣菜のみ		<input type="checkbox"/> () 円引き	<input type="checkbox"/> 値引きなし		<input type="checkbox"/> 対応なし			
	ご飯 大盛		<input type="checkbox"/> () 円増し	<input type="checkbox"/> 値上げなし		<input type="checkbox"/> 対応なし			
	ご飯 小盛		<input type="checkbox"/> () 円引き	<input type="checkbox"/> 値引きなし		<input type="checkbox"/> 対応なし			
容器	繰返し利用の容器		<input type="checkbox"/> 不使用	<input type="checkbox"/> 使用（ <input type="checkbox"/> 電子レンジ可）		<input type="checkbox"/> 電子レンジ不可）			
	使い捨ての容器		<input type="checkbox"/> 不使用	<input type="checkbox"/> 使用（ <input type="checkbox"/> 電子レンジ可）		<input type="checkbox"/> 電子レンジ不可）			
食 形 態 （ ○ を 記 入 ）	刻み食	やわらか食	腎臓病食		たんぱく調整食				
	おかゆ	ムース食	心臓病食		たんぱく・塩分調整食				
	ミキサー食	高血圧食	カロリー調整食		消化にやさしい食				
	ミキサー食と 刻み食の混合	透析食	カロリー・ 塩分調整食		その他（下に記入）				
		糖尿病食						（ ）	
配達可能な小学校区（○を記入）					※ 30校区未満の場合は、委託不可				
梅園	竜美丘	福岡	本宿	奥殿	六ツ美中部				
根石	常磐	上地	生平	矢作南	六ツ美南部				
井田	常磐東	男川	秦梨	矢作西	額田地域↓				
愛宕	常磐南	美合	岩津	矢作東	豊富				
広幡	羽根	緑丘	恵田	矢作北	夏山				
連尺	小豆坂	竜谷	大樹寺	北野	宮崎				
六名	城南	藤川	大門	六ツ美北部	形埜				
三島	岡崎	山中	細川	六ツ美西部	下山				

様式2

※ 今までに本業務を受託したことがない場合、★のついている設問以外は「見込み」で回答すること

確認事項		↓当てはまる方にチェック	
1 初回訪問			
(1) 自宅への初回訪問は、行っていますか。	<input type="checkbox"/> 初回配達前に行う	<input type="checkbox"/> 初回配達後に行う	
(2) 身分証明証（名刺）などを提示していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(3) 利用者に合わせて利用調整（食形態・頻度）行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(4) 利用者と緊急連絡先の確認を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(5) 対面での受取の必要性や費用について説明を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
2 配達			
(1) 制服または名札を着用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(2) ★定期的に配達員に対し、あいさつをするよう指導していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(3) 利用者の状態にあわせて配食時に必要な支援を可能な限り行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(4) 配食に際して、利用者の身体・精神状況等に応じて支援が必要な場合、家族、緊急連絡先、包括等と相互に情報を共有できるような体制を作っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
3 従業員の確保			
(1) ★業務を適切かつ安定的、継続的に実施できる人数がいますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	<input type="checkbox"/> 採用予定		
4 安否確認の徹底			
(1) 声かけ及び健康状態の確認を行い、利用者の健康状態に異常等が	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
あつたときは、事務局との連携により緊急時駆けつけ者、関係機関へ連絡できる体制になっていますか。	<input type="checkbox"/> 声かけ・健康状態の確認のみ		
(2) 従業員に対し救急車の要請や家族、緊急連絡先等への連絡が行えるよう指導し、体制を整えていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
5 事故・苦情等への対応			
(1) ★受付用様式、台帳を整備していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(2) ★配食サービスに関わる情報を従業員に共有していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	<input type="checkbox"/> 一部の従業員のみ		
(3) 事故等が起きた場合に、利用者、緊急連絡先、家族等への説明、および市への報告が行える体制を整えていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6 高齢者の病気などへの理解			
(1) 高齢者の咀嚼能力、嚥下機能の低下について調理員に周知し、献立作成時・調理時に工夫してますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(2) 認知症の諸症状や対応について従業員に周知し、柔軟に対応できるよう指導していますか。	<input type="checkbox"/> 全従業員にしている	<input type="checkbox"/> 配達員のみにしている	
	<input type="checkbox"/> していない		
7 高齢者への支援			
(1) 高齢者の相談機関である地域包括支援センターを従業員に周知しており、必要に応じて利用者に紹介ができますか。	<input type="checkbox"/> 全従業員にしている	<input type="checkbox"/> 一部の従業員にしている	
	<input type="checkbox"/> していない		
(2) 高齢者虐待について従業員に周知し、疑いのある場合は地域包括支援センターへ連絡していますか。	<input type="checkbox"/> 全従業員にしている	<input type="checkbox"/> 一部の従業員にしている	
	<input type="checkbox"/> していない		

令和8年度 見守り配食サービス 安否確認及び緊急連絡先等の対応体制

事業所名 (店舗名)	
---------------	--

1 玄関口からの呼びかけで利用者の応答がない場合の対応（安否確認手順）

①	
②	
③	
④	
⑤	

対応体制図

2 利用者の明らかな異常事態を発見した場合の対応（発見から関係機関への連絡手順）

①	
②	
③	
④	
⑤	

対応体制図

3 事故等により配達が大幅に遅れる、又は、配達できない場合の対応

(事故発生から利用者及び関係機関への連絡手順)

①	
②	
③	
④	
⑤	

対応体制図