

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 8 年 1 月 20 日

(宛先) 岡崎市長

(申請者) 住所又は所在地 岡崎市十王町二丁目 9 番地

申請者の情報を契約先の名義とします。次のとおり記入してください。

【法人の場合】

実際に契約をする本社又は支社等の名義で記入してください。

※ フランチャイズ等の店舗情報ではありません。

【個人事業の場合】

商号又は名称は、屋号がある場合は屋号を、ない場合は事業主の名前を記入してください。

※ フランチャイズの店舗名は記入しないでください。

商号又は名称 **〇〇株式会社**

(フリガナ) **ダイョウトリマリヤク ベントウ ハコ**

代 表 者 **代表取締役 弁当 花子**

職 ・ 氏 名

担 当 者 氏 名 **担当 太郎**

電 話 番 号 **0564-23-6147**

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。

記

事業所（店舗）の情報を利用者等へ案内します。

実際に業務を行う事業所（店舗）の情報を記入してください。

※ フランチャイズの場合、フランチャイズの店舗情報を記入します。

所在地	〒 444 - 8545 岡崎市若宮町2丁目1-1		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
名称 (屋号)	(フリガナ) シルバーベントウ おカザキテン シルバー弁当 岡崎店		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	FAX番号	0564-23-6520
事務担当者 氏名	事務 次郎	Eメール アドレス	choju@abcd. ne. jp

2 添付書類

提出前に書類が揃っているか✓してください。

- ☒ 様式 2

☒ 様式 3

☒ 食品営業許可証の写し

☒ 食品衛生責任者の資格を証明する書類の写し

☒ 食品衛生監視票の写し
(直近 6 か月以内に実施のもの)
- ☒ 検便検査成績書の写し
〔 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。〕

☒ 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。
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（記入や該当するものにチェック）												
事業所名 （店舗）	シルバー弁当 岡崎店				注文専用 電話番号	■ 事業所（店舗）と同じ						
食品衛生 責任者	業務を行う店舗での経験を記入 三郎				管理者 氏名	管理 花子						
経験	事業所の提供に関する営業開始年月				<input type="checkbox"/> 昭和	<input checked="" type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	28 年 9 月～				
	食事の宅配サービスのみ 見守り配食サービスのみの食数（見込含む）を記入				<input type="checkbox"/> 平成	<input checked="" type="checkbox"/> 令和	2 年 4 月～					
本業務の 配食可能数	1 日あたり				1 日あたり							
	昼食 200 食				150 食							
現在の 配食数	1 日あたり											
	昼食 100 食				夕食 50 食							
アピール ポイント	シルバー向け弁当の配達を始めて約5年、常連のお客様よりおいしいとの評判をいただいています。市の配食サービスの事業者として参加ができるようになれば、従業員の雇用を拡大し、高齢者の味覚やバランスを考慮した弁当を、安否確認を含めて配達していきたいと考えております。											
支払方法 〔利用者 →事業者〕	<input checked="" type="checkbox"/> 現金		<input type="checkbox"/> 振込		<input checked="" type="checkbox"/> 引落し		<input checked="" type="checkbox"/> その他（クレジットカード）					
試食提供	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 有料（ ） 円／食				<input checked="" type="checkbox"/> 無料（ 3 ） 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 checked="" type="checkbox"/> （ 20 ） 円引き		<input type="checkbox"/> 値上げ		使用する容器について、電子レンジ使用の可否も					
	ご飯 大盛		<input type="checkbox"/> （ ） 円増し		<input checked="" type="checkbox"/> 値上げ		なし					
	ご飯 小盛		<input type="checkbox"/> （ ） 円引き		<input type="checkbox"/> 値引き		<input checked="" type="checkbox"/> 対応なし					
容器	繰返し利用の容器		<input type="checkbox"/> 不使用		<input checked="" type="checkbox"/> 使用（ <input checked="" 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 checked="" 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		<input type="checkbox"/> ○		やわらか食				腎臓病食		たんぱく調整食 <input type="checkbox"/> ○	
	おかゆ				ムース食				心臓病食		たんぱく・塩分調整食 <input type="checkbox"/> ○	
	ミキサー食		<input type="checkbox"/> ○		高血圧食		<input type="checkbox"/> ○		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		<input type="checkbox"/> ○		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	<input type="checkbox"/> ○	竜美丘	<input type="checkbox"/> ○	福岡	<input type="checkbox"/> ○	本宿	<input type="checkbox"/> ○	奥殿	<input type="checkbox"/> ○	六ツ美中部		
根石	<input type="checkbox"/> ○	常磐		上地	<input type="checkbox"/> ○	生平		矢作南		六ツ美南部		
井田	<input type="checkbox"/> ○	常磐東		男川	<input type="checkbox"/> ○	秦梨		矢作西		額田地域↓		
愛宕	<input type="checkbox"/> ○	常磐南		美合	<input type="checkbox"/> ○	岩津	<input type="checkbox"/> ○	矢作東		豊富	<input type="checkbox"/> ○	
広幡	<input type="checkbox"/> ○	羽根	<input type="checkbox"/> ○	緑丘	<input type="checkbox"/> ○	恵田	<input type="checkbox"/> ○	矢作北		夏山	<input type="checkbox"/> ○	
連尺	<input type="checkbox"/> ○	小豆坂	<input type="checkbox"/> ○	竜谷	<input type="checkbox"/> ○	大樹寺	<input type="checkbox"/> ○	北野		宮崎	<input type="checkbox"/> ○	
六名	<input type="checkbox"/> ○	城南	<input type="checkbox"/> ○	藤川	<input type="checkbox"/> ○	大門	<input type="checkbox"/> ○	六ツ美北部		形埜	<input type="checkbox"/> ○	
三島	<input type="checkbox"/> ○	岡崎	<input type="checkbox"/> ○	山中	<input type="checkbox"/> ○	細川	<input type="checkbox"/> ○	六ツ美西部		下山	<input type="checkbox"/> ○	

※ 今までに本業務を受託したことがない場合、★のついている設問は、この表で回答することはありません。

確 認 事 項		回答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"/> 初回配送前 に行う	<input type="checkbox"/> 初回配送後 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あったときは、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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	<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・調理時に工夫していますか。	<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		
(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

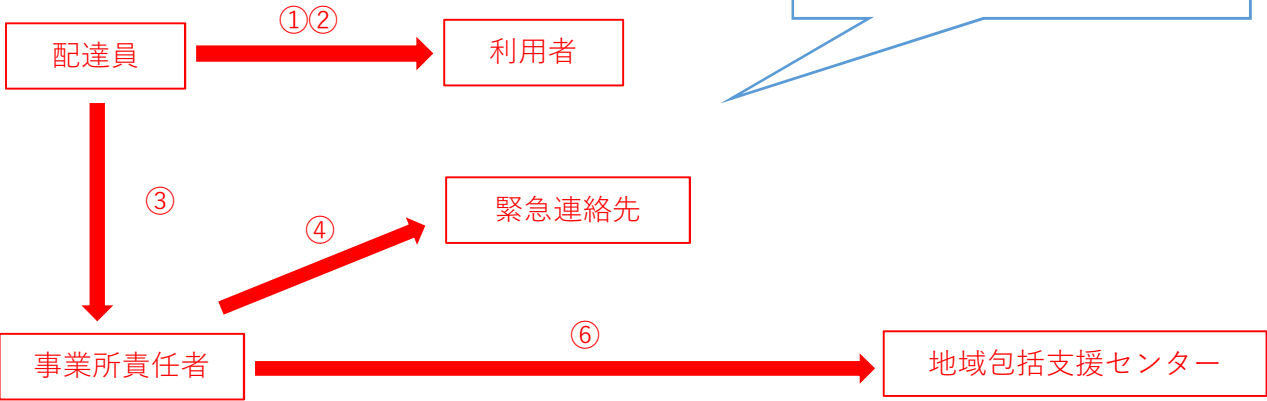
事業所名 (店舗名)	シルバー弁当 岡崎店
---------------	------------

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

①	建物の周囲から状況を確認する。(部屋の電気、生活音)
②	利用者に電話連絡を行う。(配達員⇒利用者)
③	事業所責任者へ電話連絡と状況説明を行う。(配達員⇒事業所責任者)
④	緊急連絡先へ電話連絡と状況説明を行う。(事業所責任者⇒緊急連絡先)
⑤	担当地域包括支援センターへ電話連絡と状況説明を行う。(事業所責任者⇒地域包括支援センター)

対応手順を記入してください。
書ききれない場合は、各自で様式を作成することも可
※ エクセルで作成する場合は、行の追加や行の高さの調整等も可

対応体制図

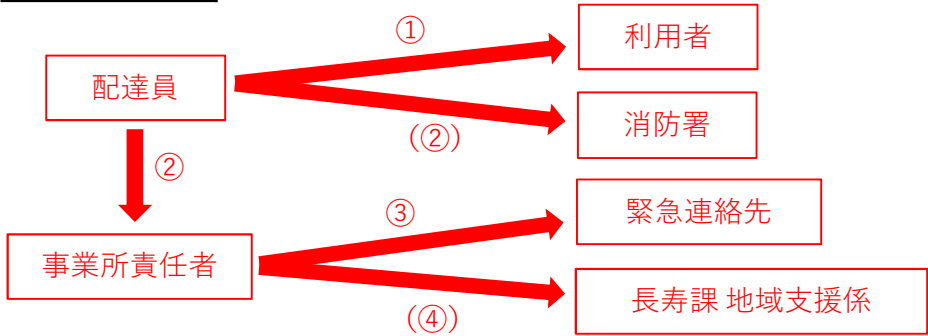


対応手順をを図示してください

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	可能な範囲で利用者の安全確保を行う。
②	事業所責任者へ電話連絡と状況説明を行う。(配達員⇒事業所責任者) ※必要に応じて救急車を要請する。(配達員⇒消防署)
③	緊急連絡先へ電話連絡と状況説明を行う。(事業所責任者⇒緊急連絡先)
④	(救急要請または緊急連絡先へ駆付け依頼をした場合) 市へ報告する (事業所責任者⇒長寿課地域支援係)
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	事業所責任者へ電話連絡と状況説明を行う。 ※必要に応じて通報、救急車要請、代理配送の手配等を行う。
②	利用者（留守の場合は緊急連絡先）へ配食が遅れる又は出来ない旨を連絡する。（事業所責任者、事業所待機職員⇒利用者）
③	（配送ができない場合）市へ報告する（事業所責任者⇒長寿課地域支援係）
④	
⑤	

対応手順を記入してください。
書ききれない場合は、各自で様式を作成することも可
※ エクセルで作成する場合は、行の追加や行の高さの調整等も可

