**飛騨市お手本配食事業受託希望願い**

飛騨市長あて

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 法人等名 |  |
| 法人等の主たる所在地 | 〒 |
| 法人等電話番号・FAX番号、E-mail | TEL　：　FAX　：　E-mail：　 |
| 配食事業者名 |  |
| 配食事業者所在地 | 〒 |
| 事業者電話番号・FAX番号、E-mail | TEL　：FAX　：E-mail： |
| 営業暦 | 開業年月日 |

下記により、飛騨市お手本配食事業の委託業務を受託したく願い出ます。

◆必要事項確認

下記要件を満たす場合は各項目の□にチェックをいれること

□　飲食店営業許可書等法令又は条例に基づく許可を受けていること

　　・このことを証するものを添付

□　栄養士又は管理栄養士の関与があること

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 資　格 | 氏　名 | 現就業先 | 常雇・ﾊﾟｰﾄ | 資格者証の写しを添付 |
| 献立作成者 | ・栄養士 |  |  |  |  |
| ・管理栄養士 |  |  |  |  |
| 調理監修者 | ・栄養士 |  |  |  |  |
| ・管理栄養士 |  |  |  |  |
| 調理実施者 | ・栄養士 |  |  |  |  |
| ・管理栄養士 |  |  |  |  |
| ・無資格 |  |  |  | － |

* 献立については、季節に応じた食材を活用しながら、多品目が摂取できるよう栄養バランスに配慮したものであること
* 高齢者の好みや食べることの楽しみを感じられることなどに配慮したものであること
* 食材の固さや大きさ等の可変など利用者の状態に応じた対応が可能であること

□　配食開始前の身体状況、咀嚼力、好み、日常生活状況等の聞き取りを行い利用者の状態像を事業者として直接把握するものであること。

・配食前のアセスメントに使用する用紙を添付

□　最低限下記記載の栄養価計算を実施し、配食時に利用者に示せるようにしているものであること

　　以下に計算を実施する栄養項目を記載

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 栄養項目 | エネルギー量 | たんぱく質量 | 食塩相当量 |  |  |  |  |
| 該当に○ |  |  |  |  |  |  |  |

□　食事の受け渡しを手渡しで行い、その際に利用者の安否を確認するものであること

* 安否確認時又は残食状況等により当該利用者について異常を発見したときは、地域包括支援センター、民間のケアネージャーその他利用者に関係する関係機関との情報交換を密に行うこと
* 週３日以上の営業をしていること

　　配食可能な平均的営業状況として配食可能な枠について下表に○を入れて記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 昼食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕食 |  |  |  |  |  |  |  |

* 本事業において、必須条件ではないが下記の対応の可否について記載してください。

・医師の指示による治療食（可・不可）

・医師等の指示に基づき、個別に必要な栄養価や物性等の調整をした食事（可・不可）

* 食中毒等配食を原因とする利用者に対する賠償責任等に対し、しかるべき対応をとる用意をしていること
* 本業務による事故が発生した場合に事故による損害や責任を負う用意があること
* 関係機関への連絡以外で本事業実施により知り得た個人情報について他に漏らさないことを徹底するものであること
* 高齢者の食の自立ということについてのお考えを記載してください。
* 貴事業者が設定している配食の価格について記載してください

* 通常の配食エリアについて記載してください。

　※飛騨市内のエリアについて詳しく記載してください。

* 本事業の趣旨について理解をしていること
* 国のガイドラインの趣旨を理解していること

※地域高齢者等における配食の機会を通じた健康支援の推進について（平成29年3月30日健健発0330第1号厚生労働省健康局健康課長通知）別添２の地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドラインをいう。

* 本願い出後、市より求めのある書類について求めがあれば提出する用意がある。