

社会福祉法人五城目町社会福祉協議会 給食サービス事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、ひとり暮らし高齢者等に食関連サービスの利用調整と給食サービス（以下『サービス』という。）を行うことにより、食生活の改善と健康増進を図り、在宅での自立支援に資することを目的とする。

(事業の実施)

第2条 この事業の実施主体は、五城目町社会福祉協議会（以下「社協」という）とする。

なお、サービスについては、(株) あったか五城目とあきた湖東農業協同組合に委託する。

《改正》 R5. 4. 1

(利用対象者)

第3条 利用対象者は、五城目町に在住する方で、次のいずれかに該当し、かつ、自分で食事の調理ができないもの、又は困難なものとする。

- (1) おおむね65歳以上のひとり暮らしの高齢者、又は高齢者のみの世帯
- (2) 身体障害者のみの世帯
- (3) その他会長が特に必要と認める世帯

《改正》 H27. 4. 1 H29. 4. 1

(サービスの内容)

第4条 サービスの内容は、次に掲げるものとする

- (1) 配食は、夕食を原則として、年末年始、お盆等の期間を除き実施する
- (2) 利用者1人当りの配食数は、原則として週2回月曜日（月曜日が祝祭日にあたる場合は、火曜日）及び木曜日（木曜日が祝祭日にあたる場合は、金曜日又は水曜日）とする。

《改正》 R2. 4. 1

(食関連サービスの利用調整)

第5条 町及び社協は、利用者の食の自立の観点から身体状況や生活環境を考慮し、食関連サービスの利用調整を行う。

(利用申請・決定)

第6条 サービスを受けようとするものは、その地域の担当民生児童委員が調査し、次の書類を社協に提出するものとする。

- (1) 給食サービス申請書（対象者の調査票）（様式第1号）
- (2) 一次アセスメント（様式第2号）
- (3) 給食サービス利用料口座振替依頼書兼自動支払利用申込書
- (4) その他（周辺地図など）

2 社協は申請内容を審査し、決定・不承認通知書（様式第3号）により民生委員及び利用者へ通知するものとする。

《改正》R4.4.1

（利用の変更）

第7条 利用者は、決定を受けた内容を変更、又は中止しようとするときは、中止する日のおおむね10日前までに社協、又は民生児童委員へ連絡し、社協は（変更・中止）通知書（様式第4号）を利用者に通知する。

《改正》R4.4.1

（利用料）

第8条 利用者は、原材料等の実費分として、非課税世帯は1食あたり350円、課税世帯は1食あたり400円（いずれも消費税は別途）を負担するものとする。負担金の支払方法は、原則として町内金融機関通帳から自動振替とするが、特別な理由があるものについてはこの限りではない。

利用料は、翌月の5日（5日が土日祝祭日にあたる場合は、その翌日とする）に自動振替とする。ただし、引落し不能分が出た場合は、その月の15日に再度自動振替するが場合によっては現金徴収する場合もある。

《改正》H27.4.1 H29.4.1 R2.4.1

（補則）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項については会長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

(様式第1号)

給食サービス申請書 (対象者の調査票)

民生児童委員名				町内名			TEL
対象者の区分	世帯状況 (○を付けて下さい)	1. 一人暮らし高齢者世帯 2. 高齢者夫婦のみの世帯 3. 障害者世帯 4. その他の世帯	収入状況	1. 厚生年金 2. 国民年金 3. 生活保護 4. その他 ()	課税区分	1. 課税世帯 2. 非課税世帯	
	氏名	生 年 月 日	年 齢	町内名			
		M・T・S 年 月 日	歳	TEL			
		M・T・S 年 月 日	歳	/			
	住所	五城目町					
同居者		M・T・S 年 月 日	歳				
		M・T・S 年 月 日	歳				
家族状況・緊急時の連絡	氏名	住所					
	本人との続柄・関係 ()	(TEL)					
	氏名	住所					
	本人との続柄・関係 ()	(TEL)					
	氏名	住所					
	本人との続柄・関係 ()	(TEL)					
	必ず記入	記入例 隣の〇〇さんの家					
	弁当配達時、対象者がいない時、責任を持って預けることができる場所						

※対象者の調査基準

- 一人暮らし高齢者及び、高齢者のみの夫婦世帯で衰弱していて、食事の仕度ができない方。
- 身体障害者で、老衰、心身の障害及び傷病等の理由により、食事の調理等が困難な世帯(者)であること。
- その他の世帯(両親1人・子1人)、(祖父母1人・子1人)で食生活の面で健康維持する為、困難な世帯であること。

◇調査基準に留意し、給食弁当を必要とする対象者の生活状況をご記入ください。

◇下記の項目にお答え下さい。(番号に○、及び回答)

対象者の状況	一人暮らし、又は高齢者のみの夫婦世帯になった理由		1. 子供が結婚、転勤 2. 配偶者、又は子供が死亡 3. その他 ()	昭和 平成 年 月頃 令和	
	健康状態	身体上の病気・障害	高血圧症 関節痛・腰痛 認知症 内部疾患 肢体不自由(上肢、下肢) 言語・平衡機能障害 その他 ()	虚弱体質 視覚障害	
		通院頻度	週1回以上 週1回 月3回 月2回 月1回 その他 ()		
	日常生活の状況	身体上の理由から困難になってきた	買い物 炊事 洗濯 入浴等 その他 ()		
		経済的理由から	健康維持するため最小限の食生活に影響がでてきた。		
		親戚、近隣者の交流	良好 ほとんどなし 友人のみ その他 ()		
社会参加の状況		老人クラブ 宗教関係 趣味の会町内会 ほとんどなし その他 ()			
生活費		生活保護 国民年金 厚生年金 恩給・共済 その他 ()			
配食時のアレルギー調査 (該当する物に○を付けて下さい。 A~Xにない場合は、「Yその他」の欄に必ず記入してください。)		1. A卵 B乳 C小麦 Dそば E落花生 Fあわび Gいか Hいくら Iえび Jオレンジ Kかに Lキウイフルーツ M牛肉 Nくるみ Oさけ Pさば Q大豆 R鶏肉 S豚肉 Tまつたけ U桃 Vやまいも Wりんご Xゼラチン Yその他 () 2. 食物アレルギーはなし			

(様式第2号)
一次アセスメント票

基 本 事 項	相談年月日	令和 年 月 日 (回) 担当者 ()		
	対象者	氏名	男・女 (M・T・S) 年 月 日生 歳)	
		住所	五城目町	電話
	聞き取り相手方	本人・家族 ()・他 ()		家族構成図
	申請内容・理由			
	介護認定申請	なし 申請中 あり [非該当・要支援・要介護 ()]		
	福祉手帳	なし あり (身障 級・精神 級・知的 級)		
	現在利用、相談している機関	なし あり 地域型在宅介護支援センター 居宅介護支援事業所・医療機関・福祉担当課・民生委員 その他 ()		
利用中在宅サービスの状況	なし あり サービス名・利用額度:			
家 族	家族構成	単身 高齢者夫婦世帯 高齢者世帯 その ()		
	家族状況	日中不在 在宅・交流あり 在宅・交流なし		
	食事支援	同居家族 親族 (a 通い支援 b 食事差し入れ c 買物援助) 支援なし		
健 康 状 態	現在の疾患名 通院・往診等	疾患名 () (頃から)		
		未受診 通院 回/月・週 往診 回/月・週		
		服薬	なし あり	かかりつけ ()
		医師の指示・療養・保健指導内容 ()		
	主な既往疾患	なし あり (年前) 治療 (有・無) 入院 (有・無) 手術 (有・無)		
	BMI	体重 kg) ÷ (身長 m ²) = () 測定不能		
	四肢機能	問題なし 問題あり ()		
	視力	問題なし 問題あり ()		
	聴力	問題なし 問題あり ()		
	排泄	問題なし 問題あり ()		
最近6ヶ月の体重の増減	減った 変化なし 増えた			
食 に 関 する 状 況	食生活能力	1 支障なし	摂食 1・2・3 () 献立 1・2・3 ()	
		2 支障はないが困難	買物 1・2・3 () 調理 1・2・3 ()	
		3 支障あり	配・下膳 1・2・3 () ゴミ出し 1・2・3 ()	
	自立意欲	問題なし 問題あり		
食事回数	回/日 (外食の頻度 回/週)			
一緒に食べる人	朝 あり なし	昼 あり なし	夜 あり なし	
調理・食事設備	十分 不十分 ()			
食材・食品入手先	なし あり (食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他 ()			
総合判断	承認 継続承認 調整後承認 二次アセスメント 他サービスへ 不承認/辞退			
特記事項・コメント				

一次アセスメント結果・利用調整シート

氏 名

男・女

歳

1. 申請希望内容							
①新規 配食 () 回/週 () 食/日							
他給食関連サービス () () 回/月・週							
②変更 配食 () 回/週 () 食/日							
他給食関連サービス () () 回/月・週							
2. 調整の理由							
[]							
3. 調整変更の指示							
①配食 () 回/週 () 食/日							
[理由]							
本人の 合・否 (理由:)							
②他給食関連サービス () () 回/月・週							
[理由]							
本人の 合・否 (理由:)							
③他給食関連サービス () () 回/月・週							
[理由]							
本人の 合・否 (理由:)							
④他給食関連サービス () () 回/月・週							
[理由]							
本人の 合・否 (理由:)							
⑤その他 () () 回/月・週							
[理由]							
4. 利用不承認/本人辞退							
[理由]							
5. 決定習慣プラン (本人・家族・親族・私費配食等も記入する)							
	日	月	火	水	木	金	土
朝食							
昼食							
夕食							

(食プラン作成者:)

(様式第3号)

令和 年 月 日

様

社会福祉法人五城目町社会福祉協議会
会 長 ⑩

給食サービス利用決定・不承認通知書

令和 年 月 日付で申請のあった給食サービス利用者の登録については、次のとおり(決定・不承認)したので通知します。

対象者氏名	歳		
内 容	決定	開始日 / 月曜日 木曜日	
	不承認	理由	
利用者負担額	1食当たり 円(税込)		
市町村民税区分	課税世帯 非課税世帯		

【注意事項】

- 給食サービスの弁当配達日は希望により毎週月曜日と毎週木曜日です。
※ 月曜日が祝祭日にあたる時は、火曜日、木曜日が祝祭日にあたる時は、金曜日又は水曜日。
- 弁当を休む場合は原則3日前までに連絡をしてください。(ただし、病気等やむを得ない場合はこの限りではありません)
- 申請事項等に変更が生じたときは、速やかに届け出てください。

(様式第4号)

五社協発第 号

令和 年 月 日

様

社会福祉法人五城目町社会福祉協議会

会 長

⑩

給食サービス事業利用の（変更・中止）について

標記の件について、次の通り（変更・中止）となりますのでお知らせいたします。

1. 利用者負担金 円（市町村民税 課税・非課税 世帯）
2. 変更期日 令和 年 月 日