

1 国が定める「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」の遵守について

- (1) 栄養バランスのとれた食事の提供しているか  
ア. 遵守している      イ. 概ね対応している      ウ. その他（      ）
- (2) 通常料金内での個別対応の工夫（噛む力、持病、アレルギー対応など）に対応しているか  
ア. している      イ. していない      ウ. その他（      ）
- (3) 管理栄養士による献立作成・指導体制があるか  
ア. ある      イ. ない      ウ. その他（      ）

## 2 配達体制について

- (1) 配食を安定的に実施できるよう、配達に必要な人員及び欠員時に対応できる体制を確保しているか  
ア. している                      イ. していない                      ウ. その他（                      ）
- (2) 配達スタッフに対し、配達時の声かけや対応について研修等を実施しているか  
ア. している                      イ. していない                      ウ. その他（                      ）
- (3) 配達の稼働日について ※稼働している曜日に丸をつける  
月・火・水・木・金・土・日                      店休日（                      ）

### 3 見守り機能との連携について

- (1) お弁当の配達時に安否確認を行い、異変があれば関係機関や緊急連絡先等と連携しているか  
ア. している      イ. していない      ウ. その他（ ）
- (2) 利用者との会話を通じて、食欲低下や栄養等の健康状態の変化を認めたときは、関係機関や緊急連絡先等へ連絡しているか  
ア. している      イ. していない      ウ. その他（ ）

#### 4 緊急時の対応体制について

- (1) 配達時の異変対応マニュアルを作成しているか  
ア. している                      イ. していない                      ウ. 作成予定 ( 時期: )
- (2) 配達時に利用者不在等の緊急時の対応について

--

(3) 配達時に利用者急病等の場合の対応について

5 大雨・台風等の自然災害発生時の対応について

(1) 対応マニュアルを作成しているか

ア. している                      イ. していない                      ウ. 作成予定 ( 時期 :                      )

(2) 配達ができない場合の対応について

6 個人情報等の取扱いについて、社内規定は整備されているか

ア. している                      イ. していない                      ウ. その他 (                      )

7 市配食サービス事業の費用負担について理解しているか

ア. している                      イ. していない                      ウ. その他 (                      )

8 見守り・配食に関する事業実績について

自治体名	受託事業名・内容	実施期間
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

※ 自治体での実績が無い場合は、任意様式にて、本仕様を包含した事業実績または過去の活動内容等がわかるものの詳細を添付すること。

申告内容に関する宣誓

私は、本書類および提出書類に記載した内容がすべて事実であり、故意または重大な過失による虚偽・誇張・重要事実の不記載がないことをここに宣誓します。  
なお、虚偽の申告または重要な事実の不記載が判明した場合には、契約の取り消し等の処分を受けることに異議はありません。

令和        年        月        日

団体・法人名

代表者氏名

所在地

印