

長久手市障がい者等配食サービス事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「法」という。）第4条第1項に規定する障害者及び同条第2項に規定する障害児（以下「障がい者等」という。）のうち、調理等日常生活に支障のあるものの健康の保持、食生活の改善、日常生活の助長を図るとともに、安否の確認を行うため、給食の宅配（以下「宅配給食」という。）等を行う障がい者等配食サービス事業（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(実施者等)

第2条 事業は、長久手市障がい者等配食サービス事業者登録事務取扱要綱の規定に基づき、登録を受けた宅配給食実施事業者（以下「登録事業者」という。）が行うものとする。

(対象者)

第3条 事業を利用することができる対象者は、長久手市内に居住する者で、障がいに起因して身体が虚弱等のため、調理等日常生活を営むのに支障があり、かつ宅配給食に係るその他の制度の利用が困難な、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 障がい者等のみの世帯であって、心身の障がい、疾病等の理由により買い物又は食事の調理が困難な者
- (2) 同居する家族等の支援が受けられない障がい者等
- (3) 心身の障がい、疾病等の理由により買い物又は食事の調理が困難な障がい者等と同居する18歳未満の児童
- (4) その他市長が特に必要と認める者

(宅配給食の実施)

第4条 宅配給食は、朝食、昼食、夕食のいずれかとし、利用者は、1人当たり1日1回利用することができる。ただし、市長が必要と認めた者についてはこの限りではない。

(安否の確認等)

第5条 給食の宅配に際して、次に定めるところにより利用者の安否の確認等を行うものとする。

- (1) 登録事業者は、原則として給食を利用者に手渡しするものとし、その際に異常の有無を確認する。
- (2) 登録事業者は、利用者から事前に連絡もなく不在にしているときは、速やかに電話等により当該利用者の安否を確認する。
- (3) 前号の措置によっても、なお、利用者の安否が確認できないとき又は同号の確認の結果、緊急に対処する必要があると思料されるときは、登録事業者は、遅滞なく、利用者が指定する緊急連絡先、法第5条第18項に規定する相談支援を実施する事業所（以下「相談支援事業所」という）、長久手市障がい者基幹相談支援センター（以下「基幹相談支援センター」という。）及び市長にその旨を連絡する。
- (4) 前号の規定による連絡があったときは、市長は、速やかに当該利用者の安否の確認その他適切な措置をとるものとする。

(利用の申請)

第6条 事業の利用を希望する者は、長久手市障がい者等配食サービス事業利用申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

(アセスメントの実施)

第7条 市長は、利用者の生活状態等について調査及び評価するため、次に定めるところにより食生活アセスメント（以下「アセスメント」という。）を行うものとする。

- (1) アセスメントは、利用申請及び利用変更申請時までに実施するものとし、相談支援事業所及び基幹相談支援センターの相談支援専門員又は市長が申請者から必要な事項を聞き取ること等により行う。
- (2) アセスメントにおいては、長久手市障がい者等配食サービス事業アセスメント表（様式第2号）を作成し、評価を行う。た

だし、法第5条第22項に規定するサービス等利用計画を、既に市長に提出した利用者については、アセスメント表の作成を省略することができる。その場合においては、サービス利用理由書を提出することとする。

(利用の承認等)

第8条 市長は、第6条の規定による申請があったときは、その内容について速やかに調査するとともに、前条に規定するアセスメントの実施結果等を踏まえて適否を決定し、長久手市障がい者等配食サービス事業利用決定（却下）通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

2 前項に規定する利用決定通知書の有効期間は、決定された日から1年後の当該決定日の属する月の末日までの範囲内とする。

3 申請者は前項に定める利用決定通知書を受領後、登録事業者と契約を締結し、サービスの提供を受けることができる。なお、契約を締結できる事業者は、利用者の住所が異動した場合及び利用する事業者が事業を廃止又は休止した場合等を除き、月を単位として1事業者とする。

4 登録事業者は、対象者と契約を締結したときは、契約内容について速やかに市長へ書面等にて報告しなければならない。

(利用の変更)

第9条 利用者は、宅配給食の利用内容の変更をしようとするときは、速やかに長久手市障がい者等配食サービス事業利用変更申請書（様式第4号）を市長に提出しなければならない。ただし、登録事業者を変更しようとするときは、毎月20日までに提出するものとし、変更日は翌月1日とする。

2 市長は、前項の申請により宅配給食の利用内容の変更を決定したときは、障がい者等配食サービス事業利用変更決定通知書（様式第5号）により利用者及び利用者と配食サービスに係る利用契約を締結する事業者（以下「契約事業者」という。）に通知するものとする。

(利用の取消し)

第10条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、事業の利用を取り消すことができる。

- (1) 第3条に規定する利用者の要件に該当しなくなったと認められるとき。
- (2) 利用者の健康上支障があると認められるとき。
- (3) 利用者が給食の宅配を混乱させ、又は妨害するような行動をとったとき。
- (4) 利用者が次条に規定する費用を引き続き3か月以上支払わないとき。
- (5) 利用者が6か月以上事業を利用しておらず、事業を利用する必要がないと認められるとき。
- (6) その他市長が利用を不相当と認めるとき。

2 市長は、前項の規定により事業の利用を取り消したときは、長久手市障がい者等配食サービス事業利用取消通知書(様式第6号)により利用者及び契約事業者に通知するものとする。

3 契約事業者は、災害発生時及び暴風警報発令時など、この事業に従事する者の安全が確保できないと判断し、利用者及び利用者の緊急連絡先のうち1名と協議した結果、それぞれから承認を得たときは、宅配給食等中止することができる。

(費用の負担)

第11条 市長は、契約事業者が宅配・安否確認を行う費用として、世帯ごとに、朝食・昼食・夕食それぞれ1回当たり300円を上限として負担するものとする。

2 利用者は、宅配給食の1回当たりの費用のうち、宅配・安否確認にかかる費用として前項に規定する額を超えた額及び食事代相当額を負担するものとし、当該費用は利用者が直接契約事業者を支払うものとする。

(配食サービス費の請求)

第12条 登録事業者は、サービス提供月における利用者ごとの利

用実績を長久手市障がい者等配食サービス提供明細書兼請求書（第7号様式）に記入し、利用者の確認を受けた上で市長に提出するものとする。

（守秘義務）

第13条 この事業に従事する者は、個人情報保護に関する法律（法律第五十七号）その他関係法令等を遵守し、利用者個人の情報など業務に関して知りえた秘密を他に漏らしてはならない。

（実施状況の報告）

第14条 登録事業者は、事業に係る毎月の実施状況について、速やかに市長に報告しなければならない。ただし、市長は必要があると認めた場合において、臨時に登録事業者に対し報告を求め、調査することができる。

（委任）

第15条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は平成31年1月4日から施行する。

附 則

この要綱は令和3年10月26日から施行する。

様式第1号（第6条関係）

長久手市障がい者等配食サービス事業利用申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者

住所

氏名

電話番号

長久手市障がい者等配食サービス事業実施要綱第6条の規定に基づき、以下のとおり申請します。なお、この申請及び決定後において、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第18項に規定する相談支援を実施する事業所、長久手市障がい者基幹相談支援センター及び長久手市（以下「相談支援事業所等」）による生活環境や食生活等の訪問又は聞き取り調査を受けることは差し支えありません。

利用希望者	住所 長久手市		
	フリガナ 氏名	電話	— —
生年月日	年 月 日生（ 歳）		
障がい種別	1 身体 2 知的 3 精神 4 難病 5 その他（ ）		
同居者	無 ・ 有		
宅配開始日	年 月 日（ 曜日）から		
宅配希望曜日 及び食事種別	月（朝食・昼食・夕食）・火（朝食・昼食・夕食）・水（朝食・昼食・夕食）・ 木（朝食・昼食・夕食）・金（朝食・昼食・夕食）・土（朝食・昼食・夕食）・ 日（朝食・昼食・夕食）		
希望宅配業者			
緊急 連絡先1	氏名： (続柄)	電話番号：	
	住所：		
緊急 連絡先2	氏名： (続柄)	電話番号：	
	住所：		
緊急 連絡先3	氏名： (続柄)	電話番号：	
	住所：		

長久手市障がい者等配食サービス事業の利用に必要な場合には、この申請に係る、世帯状況、所得・課税状況、生活保護受給状況、介護保険受給等の状況、その他必要な事項を長久手市が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。

また、この事業を受けるにあたって相談支援事業所等が知りえた私の情報について、市役所・保健所・警察署・消防署・長久手市障がい者等配食サービス事業者登録事務取扱要綱の規定に基づき市が登録する宅配給食実施事業者等必要な機関に対し提供することに同意します。

利用希望者氏名 _____（自署）

長久手市障がい者等配食サービス事業アセスメント表

基本事項	聞き取り年月日	年 月 日（曜日）【新規・回数等変更・更新】 作成者氏名（ ）	家族構成図
	対象者	氏名（ 年 月 日生まれ）	
	聞き取り相手方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（氏名 続柄： ）	
	相談事業所の利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（事業所名： ）	
	サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（種類： 事業所名： ）	
家族	家族の状況	【同居】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他親族（ ） 【市内在住】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他親族（ ） 【市外在住】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他親族（ ） 【県外在住】 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他親族（ ）	
	食事支援	1 同居家族 2 親族（通い支援・食事差入れ・買物援助） 3 その他（ ） 4 支援なし	
健康状況	現在の疾患、通院等	疾患名：（ ）頃から	
		受信状況 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 通院（ 回/月・週） <input type="checkbox"/> 往診（ 回/月・週）	
		服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
		かかりつけ病院： 医師名： 医師からの指示など（ ）	
	既往疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（疾患名： ）	
	BMI	（体重 kg）÷（身長 m） ² =（ ） <input type="checkbox"/> わからない	
	最近6ヶ月の体重の変化	<input type="checkbox"/> 減った（ kg） <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増えた（ kg） <input type="checkbox"/> わからない	
身心機能	※特に留意する点があれば記載してください。		
食に関する状況	食事回数	1日あたり 食（ <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則（状況 ））	
	食資源	<input type="checkbox"/> 自炊 <input type="checkbox"/> 外食（ 食/週） <input type="checkbox"/> 弁当・パン等の購入（ 食/週） 外食先・購入先（ ）	
	食生活能力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり ※支障のある事項について（ ）内に具体的に記載 ①買物（ ）②調理（ ） ③配膳下膳（ ）④火気管理（ ） ⑤食費管理（ ）⑥その他（ ）	
サービス提供時に配慮すべき点			
作成者所見	<input type="checkbox"/> 利用は適当 <input type="checkbox"/> 利用は不適當 （理由）		
※市記載欄			

※記載欄が不足等する場合は適宜任意様式に記載し添付してください。

様式第3号（第8条関係）

長久手市障がい者等配食サービス事業利用決定（却下）通知書

長 第 号
年 月 日

様

長久手市長

長久手市障がい者等配食サービス事業実施要綱第8条の規定に基づき、次のとおり決定（却下）しましたので通知します。

利用者	住所 長久手市		
	氏名	電話	— —
生年月日	年 月 日生		
障がい種別	1 身体 2 知的 3 精神 4 難病 5 その他（ ）		
同居者の有無	無・有		
宅配曜日及び食事種別	月（朝食・昼食・夕食）・火（朝食・昼食・夕食）・水（朝食・昼食・夕食）・木（朝食・昼食・夕食）・金（朝食・昼食・夕食）・土（朝食・昼食・夕食）・日（朝食・昼食・夕食）		
緊急連絡先1	氏名： (続柄)	電話番号：	
	住所：		
緊急連絡先2	氏名： (続柄)	電話番号：	
	住所：		
緊急連絡先3	氏名： (続柄)		
	住所：		
決定理由	<p>1 障がい者等のみの世帯であって、心身の障がい、疾病等の理由により買い物又は食事の調理が困難</p> <p>2 同居する家族等の支援が受けられない障がい者等</p> <p>3 心身の障がい、疾病等の理由により買い物又は食事の調理が困難な障がい者等と同居する18歳未満の児童</p> <p>4 その他市長が特に必要と認める者</p>		
利用期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
却下理由			
備考			

様式第4号（第9条関係）

長久手市障がい者等配食サービス事業利用変更申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者

住 所

氏 名

電話番号

長久手市障がい者等配食サービス事業実施要綱第9条の規定に基づき、以下のとおり申請します。

利用者氏名			
変更内容		変更前	変更後
	氏名		
	住所	長久手市	長久手市
	障がい種別	1 身体 2 知的 3 精神 4 難病 5 その他 ()	1 身体 2 知的 3 精神 4 難病 5 その他 ()
	同居者	有 ・ 無	有 ・ 無
	宅配曜日		
		変更希望日： 年 月 日	
	配食業者		
		変更希望日： 年 月 日	
	緊急 連絡先	氏名： (続柄)	氏名： (続柄)
電話番号：		電話番号：	
住所：		住所：	
利用終了日	年 月 日	年 月 日	
変更理由			
備考			

※記載欄が不足等する場合は適宜任意様式に記載し添付してください。

様式第5号（第9条関係）

長久手市障がい者等配食サービス事業利用変更決定通知書

長 第 号
年 月 日

様

長久手市長

長久手市障がい者等配食サービス事業実施要綱第9条の規定に基づき、次のとおり変更を決定しましたので通知します。

利用者氏名			
変更内容		変更前	変更後
	氏名		
	住所	長久手市	長久手市
	障がい種別	1 身体 2 知的 3 精神 4 難病 5 その他 ()	1 身体 2 知的 3 精神 4 難病 5 その他 ()
	同居者	有 ・ 無	有 ・ 無
	宅配曜日		
		変更予定日： 年 月 日	
	配食業者		
		変更予定日： 年 月 日	
	緊急連絡先	氏名： (続柄)	氏名： (続柄)
電話番号：		電話番号：	
住所：		住所：	
利用終了日	年 月 日	年 月 日	
備考			

様式第6号（第10条関係）

長久手市障がい者等配食サービス事業利用取消通知書

長 第 号
年 月 日

様

長久手市長

長久手市障がい者等配食サービス事業実施要綱第10条の規定に基づき、次のとおり取り消しましたので通知します。

利用者氏名	
取消年月日	年 月 日 ()
取消理由	(1) 第3条に規定する利用者の要件に該当しなくなったと認められるとき。 (2) 利用者の健康上支障があると認められるとき。 (3) 利用者が給食の宅配を混乱させ、又は妨害するような行動をとったとき。 (4) 利用者が次条に規定する費用を引き続き3か月以上支払わないとき。 (5) 利用者が6か月以上事業を利用しておらず、事業を利用する必要がないと認められるとき。 (6) その他市長が利用を不相当と認めるとき。 ()
備考	

長久手市障がい者等配食サービス提供明細書兼請求書

年 月 日

長久手市長 殿

所在地
事業者名
代表者
電話番号

年 月提供分の長久手市障がい者等配食サービスについて、以下のとおり請求します。

金 円

内訳 @ ____円 × ____回

Table with columns for user name, birth date, and service month. Includes a detailed grid for meal service performance (1-31 days) and a section for special notes.

上記のとおり、配食サービスの提供を受けたことを確認いたしました。

年 月 日

合計 ____回

住所 _____

氏名 _____ (自署又は記名押印)

振込先

Table for remittance details including account name, financial institution, and account type.

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。