

○壱岐市介護予防配食サービス事業実施要綱

平成31年4月1日

告示第57号

壱岐市介護予防配食サービス事業実施要綱（平成28年壱岐市告示第38号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この告示は、在宅で食事の調理等が十分にできない高齢者に対し、バランスのとれた食事を定期的に提供するとともに安否の確認を行い、高齢者が要介護状態となることを予防し、又は要介護状態となった場合においても地域社会で生活することを支援し、もって「食」の面から高齢者の健康維持及び自立支援を図るため、壱岐市介護予防配食サービス事業（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。

（実施主体）

第2条 事業の実施主体は、壱岐市とする。

（対象者）

第3条 事業の対象者は、市内に居住する者で、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) おおむね65歳以上の者ののみの世帯で食材を入手し、調理が困難で低栄養のおそれがあるもの
- (2) 前号の世帯に準ずる世帯
- (3) その他市長が認める者

（登録の申請）

第4条 事業は、適切な事業運営ができる者に委託して実施する。

2 事業の委託を受けようとする者（以下「委託事業者」という。）は、壱岐市介護予防配食サービス事業登録申請書（様式第1号）を壱岐市介護予防配食サービス事業実施計画書（様式第2号）とともに市長に提出しなければならない。

（登録の決定等）

第5条 市長は、前条の申請があったときは、内容を審査し、壱岐市介護予防配食サービス登録事業者として指定するとともに、委託事業者に対し、指定の事実を壱岐市介護予防配食サービス登録事業者決定通知書（様式第3号）により通知するものとする。

2 委託事業者は、閉店等の理由により、登録の取消しをしようとするときは壱岐市介護予防配食サービス事業登録取消届出書（様式第4号）を取消ししようとする日の属する前々月の末日までに市長に提出しなければならない。

（サービスの内容）

第6条 サービスの内容は、事業を利用する者（以下「利用者」という。）1人当たり原則として1日1食以内、週7回以内の食事を訪問により提供すること及び当該利用者の安否を確認することとする。

（利用の申請）

第7条 事業を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、壱岐市介護予防配食サービス事業利用申請書（様式第5号）に壱岐市介護予防配食サービス事業アセスメント票兼利用決定調書（様式第6号）及び誓約書（様式第7号）を添えて、市長に提出するものとする。

（利用の決定等）

第8条 市長は、前条の規定による申請があったときは、申請者及びその世帯の調査を行い、その内容を審査の上、利用の要否の決定を行い、その結果を壱岐市介護予防配食サービス事業利用決定通知書（様式第8号）又は壱岐市介護予防配食サービス事業利用却下通知書（様式第9号）により申請者に通知するものとする。

2 市長は、利用を決定したときは、壱岐市介護予防配食サービス事業登録台帳（様式第10号）に記載し、委託事業者に対して、壱岐市介護予防配食サービス事業依頼書（様式第11号）により配食を依頼する。

（利用の変更等）

第9条 利用者は、決定を受けたサービスの内容を変更し、又はサービスを中止するときは、壱岐市介護予防配食サービス事業利用変更（中止）申請書（様式第12号）を当該変更又は中止をしようとする日の3日前までに市長に提出するものとする。ただし、申請者の利便を図るため、委託事業者の代行による提出でも差し支えないものとする。

2 利用者は、配達時間の変更については、配食予定日前日の午後5時までに委託事業者にその旨を連絡しなければならない。

3 市長は、第1項の規定による申請を受理したときは、速やかに内容を審査してサービスの内容の変更又は中止を決定するものとする。

4 利用者が利用できる委託事業者は、月を単位として1事業所とする。ただし、委託事業者が事業を廃止し、又は休止した場合は、この限りでない。

5 市長は、前項の規定による届出があった場合及び利用者が次の各号のいずれかに該当する場合には、その利用の取消しをするものとする。

- (1) 死亡
- (2) 転出
- (3) 第3条に規定する要件に該当しなくなったとき。
- (4) 前号に掲げるもののほか、市長が不適当と認めたとき。

6 市長は、前項の規定により利用の変更又は中止をしたときは、壱岐市介護予防配食サービス事業利用変更（中止）通知書（様式第13号）により利用者及び委託事業者へ通知するものとする。

（費用の負担）

第10条 市は、次項の規定より利用者が負担する費用を除き、この事業に要する費用を予算の定めるところにより負担するものとする。

2 利用者は、原材料費及び調理日相当額として1食当たり400円を負担するものとし、委託事業者が当該利用者から徴収するものとする。

3 利用者は、前項の定める額を、原則として口座振替により支払うものとする。

（請求及び報告）

第11条 委託事業者は、壱岐市介護予防配食サービス事業利用実績表（様式第14号）及び壱岐市介護予防配食サービス事業委託料請求書（様式第15号）を利用日の属する月の翌月の20日までに市長に提出しなければならない。

（利用者等の責務）

第12条 利用者は、この事業の趣旨に沿った利用に努めなければならない。

2 利用者は、事業の利用に関し、自己の責めに帰すべき理由により生じた事故について、その一切の責めを負うものとする。

3 委託事業者は、食品の衛生管理及び職員の健康管理に万全の注意を払うとともに、調理場、調理器具等の消毒及び整理を行わなければならない。

（その他）

第13条 この告示に定めるもののほか、この事業について必要な事項は、市長が別に定

める。

附 則

この告示は、平成31年4月1日から施行する。

附 則 (令和7年10月1日告示第48号)

この告示は、令和7年10月1日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

壱岐市介護予防配食サービス事業登録申請書

年　　月　　日

壱岐市長 様

登録事業者としての登録を申請します。なお、申請資格要件は全て満たしており、この申請書及び添付書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。また、当該事業の実施に当たっては、壱岐市介護予防配食サービス事業実施要綱及びその他関係法令を遵守します。

申請者	事業者名	
	所在地	(〒　　-　　)
	代表者職氏名	

事業実施事業所	事業所名	
	所在地	(〒　　-　　)
	連絡先	Tel　　　　　Fax
	管理責任者 氏名	
	部門別責任者 氏名	調理部門： 配食部門：

（添付書類）

- ・飲食店営業許可証の写し
- ・利用者に配布する献立表の案及び予定価格
- ・会社等のパンフレット
- ・入札参加資格審査申請書又は物品等取引申請書の受理票の写し
- ・商業登記簿謄本の写し
- ・管理栄養士又は栄養士の有資格者の写し

（記入上の注意）

1. 事業者名及び所在地は、登記されたものを記載してください。

様式第2号（第4条関係）

壱岐市介護予防配食サービス事業実施計画書

事業所名（ ）

対応 サービス															
対応エリア 区分 (✓印及び○で 囲んでください。)	<input type="checkbox"/> 壱岐市全域（三島地区を含む） <input type="checkbox"/> 地域別 <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/>郷ノ浦、<input type="checkbox"/>石田 <input type="checkbox"/>勝本、<input type="checkbox"/>芦辺 <input type="checkbox"/>三島（原島、長島、大島） </div>														
配食日区分 (配達可能な曜 日に○を付けて ください。)	<table border="1" style="width: 100px; margin-left: 20px;"> <tr> <td>日</td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	日	月	火	水	木	金	土							
日	月	火	水	木	金	土									
休業日	<input type="checkbox"/> 定休日 <input type="checkbox"/> 年末年始 月 日～月 日 <input type="checkbox"/> その他 月 日～月 日 <input type="checkbox"/> 無（年中無休）														
厨房設備	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> 事業所所在地と異なる (所在地：)														
部門別 職員数	調理部門： 人（責任者 ） 配食部門： 人（責任者 ）														
治療食の 有無	有（糖尿病食・人工透析食・その他）・無														
1日当たり 可能食数	調理 食、配達 食														

(注) 上記内容に変更があった場合は、市へ連絡してください。

様式第3号（第5条関係）

壱岐市介護予防配食サービス登録事業者決定通知書

年　月　日

壱岐市長

年　月　日付けで申請のあった壱岐市介護予防配食サービス登録事業者について、次のとおり決定しましたので通知します。

申請者	事業者名	
	所在地	(〒　—　)
	代表者職氏名	

事業実施事業所	事業所名	
	所在地	(〒　—　)
	連絡先	
	管理責任者 氏名	
	部門別責任者 氏名	調理部門： 配食部門：
	開始年月日	年　月　日

様式第4号（第5条関係）

壱岐市介護予防配食サービス事業登録取消届出書

年 月 日

壱岐市長様

壱岐市介護予防配食サービス事業登録事業者を取り消したいので、次のとおり届出ます。

届出者	法人名称	
	所在地	
	代表者職・氏名	
	届出理由	
	取消予定年月日	年 月 日

様式第5号(第7条関係)

壱岐市介護予防配食サービス事業利用申請書

壱岐市長様

壱岐市介護予防配食サービス事業実施要綱による登録を希望したいので、次のとおり申請します。
なお、この申請に伴い必要があるときは、利用対象者とその世帯員の住民基本台帳を閲覧することに
同意します。

申請日 年 月 日														
利用者	フリガナ			生年月日										
	氏名			年 月 日 生										
	住所	壱岐市 町	番地	電話	—									
申請者	この欄は本人以外が申請した場合のみ記入してください。													
申請者	氏名			対象者との続柄										
申請者	住所	壱岐市 町	番地	電話	—									
緊急連絡先	1 氏名			対象者との 続柄										
	1 住所			昼間に連絡が 取れる電話	—									
	2 氏名			対象者との 続柄										
	2 住所			電話	—									
利用者状況	<input type="checkbox"/> 閉じこもり・ <input type="checkbox"/> 認知症・ <input type="checkbox"/> うつ・ <input type="checkbox"/> 特になし													
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他()													
介護度	申請中・総合事業対象者・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)													
希望回数・曜日	(回/週)	日	・	月	・	火	・	水	・	木	・	金	・	土
配食サービス利用の希望理由(身体・家庭状況等 調理困難・栄養改善・現在の見守り状況等) ※より具体的に記述してください。														
食事形態の留意点														
アレルギーの有無	あり・なし ※ありの場合のみ記入()													
配達時の留意点														
介護保険プラン作成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的にサービス内容を記述してください。(利用票の添付でも可) ()													
委託事業者名														
居宅支援事業所 担当介護支援専門員					電話	—								
開始希望日	年 月 日													

様式第6号(第7条関係)

壱岐市介護予防配食サービス事業アセスメント票兼利用決定調書

年 月 日

利用者氏名

作成者名

対象者の現在の食生活及び身体状況	現在の疾患名 通院・往診等	医療機関()主治医() 疾患名()服薬(あり・なし)	未受診 通院(回/週・月) 往診(回/週・月)					
	身長 cm	体重 kg	BMI()やせ・やせ気味・普通・太り気味・太っている					
	食欲		困難なし・困難あり(具体的に:)					
	食事をすることの楽しみ		あり・なし(具体的に:)					
	栄養摂取状況	朝食	食べる・食べない	昼食	食べる・食べない	夕食	食べる・食べない	
		間食	食べる・食べない	(内容:)				
		偏り	あり・なし	(具体的に:)				
	嗜好品	飲酒	なし・あり	(内容: 日本酒・ビール・焼酎・その他 回/週)				
		喫煙	なし・あり	(喫煙歴: 年 本数: 本/日)				
	生活時間	起床時間	時	就寝時間	時			
		食事時間	規則正しい・不規則(理由:)					
	口腔機能	咀嚼	困難なし・困難あり	(具体的に:)				
		嚥下	困難なし・困難あり	(具体的に:)				
		口への取りこみ	困難なし・困難あり	(具体的に:)				
	排泄	排尿	困難なし・困難あり	()				
排便		困難なし・困難あり	()					
調理行動に係る生活能力	食材準備	できる・できるが困難・できない・やらない(知識・技能・意欲が欠ける)						
	食材管理	できる・できるが困難・できない・やらない(知識・技能・意欲が欠ける)						
	調理	できる・できるが困難・できない・やらない(知識・技能・意欲が欠ける)						
	調理済み食品	利用なし	一部に利用	ほとんど全てに利用				
	外食	利用なし	一部に利用	ほとんど全てに利用				
	宅配サービス	利用なし	一部に利用	ほとんど全てに利用				
	ゴミ出し	できる・できるが困難・できない・やらない(知識・技能・意欲が欠ける)						
	火気管理	できる・できるが困難・できない・やらない(知識・技能・意欲が欠ける)						
	片付け	できる・できるが困難・できない・やらない(知識・技能・意欲が欠ける)						
精神機能・知的障害等による困難	なし あり	(抑うつ 認知症 知的障害 不安傾向 依存傾向 意欲低下) (具体的に:)						
食生活に係る環境等	調理設備	十分・不十分(具体的に:)						
	食事場所	食堂	居間	寝室	その他			
	衛生状態	良い	悪い	(具体的に:)				
	食材・食品の入手先	1なし 2あり(スーパー コンビニ 配達 小売店 移動販売 その他)						
食材・食品入手先までの距離: km 所要時間: 約 分								
決定調書	決定事項 (市が記入)	可・否	利用開始日	年	月	日	()	
		利用曜日	日・月・火・水・木・金・土					

様式第7号(第7条関係)

誓約書

壱岐市長 様

住 所

壱岐市 町 番地

氏 名

私は、次の注意書きを守り、介護予防配食サービス事業を申し込みます。

もし、次のことを守らない場合に起きた事故については、一切私の責任とします。

配食提供時

1. 配食された食事は、3時間以内に食べます。
2. 食事の前は、必ず手を洗います。
3. 食べた後の残り分は、処分します。

様式第8号(第8条関係)

壱岐市介護予防配食サービス事業利用決定通知書

年 月 日

壱岐市長

申請がありました介護予防配食サービス事業の利用につきましては、次のとおり審査により決定いたしました。

対象者氏名				性別	男	女
住所	壱岐市 町 番地			生年月日	年 月 日 生	
利用回数	回			利用日	日 月 火 水 木 金 土	
利用開始日	年 月 日					
利用料	1食当たり 400円					
事業者						

様式第9号(第8条関係)

壱岐市介護予防配食サービス事業利用却下通知書

年 月 日

壱岐市長

申請がありました介護予防配食サービス事業の利用につきましては、下記のとおり却下したので通知します。

記

対象者氏名

住所 壱岐市 町 番地

却下理由

様式第10号(第8条関係)

鹿嶋市介護予防配食サービス事業登録台帳

様式第11号(第8条関係)

壱岐市介護予防配食サービス事業依頼書

実施事業所の長

年 月 日

壱岐市長

壱岐市介護予防配食サービス事業について、次のとおり配食を依頼しますのでよろしく
お願ひいたします。

対象者氏名		性別	男	女
住所	壱岐市 町 番地	生年月日	年 月 日	生
利用回数	回			
利用開始日	年 月 日	利用日	日 月 火 水 木 金 土	
備考				

様式第12号(第9条関係)

壱岐市介護予防配食サービス事業利用変更(中止)申請書

年 月 日

壱岐市長様

(対象者)

氏名

住所

(担当介護支援専門員)

氏名

次の届出理由により配食サービスを変更(中止)したいので、壱岐市介護予防配食サービス事業実施要綱の規定に基づき届け出ます。

変更・中止	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 中止
変更(中止)理由		
変更内容	種類	変更前
	<input type="checkbox"/> 回数変更	
	<input type="checkbox"/> 曜日変更	
	<input type="checkbox"/> 委託事業者変更	
変更(中止)年月日	年	月 日

様式第13号(第9条関係)

壱岐市介護予防配食サービス事業利用変更(中止)通知書

実施事業所の長

年 月 日

壱岐市長

利用決定していた介護予防配食サービス事業については、次の理由により利用の
変更(中止)をします。

対象者氏名		性別	男	女
住所	壱岐市 町 番地	生年月日	年 月 日	生
変更・中止	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止			
変更(中止)理由				
変更内容	種類	変更前	変更後	
	<input type="checkbox"/> 回数変更			
	<input type="checkbox"/> 曜日変更			
	<input type="checkbox"/> 委託事業者変更			
変更(中止)年月日	年 月 日			
備考				

様式第14号(第11条関係)

年 月 壱岐市介護予防配食サービス事業利用実績表

様式第15号(第11条関係)

年 月分

壱岐市介護予防配食サービス事業委託料請求書

金 円

壱岐市介護予防配食サービス事業委託料を、上記のとおり請求します。

壱岐市長 様

年 月 日

請求者 所在地

事業所名

代表者名

印

振込先 金融機関名	口座番号	口座種別	(フリガナ) 口座名義人
支店		当座 普通	

備考 : 利用実績表を添えて請求してください。

様式第1号（第4条関係）

様式第2号（第4条関係）

様式第3号（第5条関係）

様式第4号（第5条関係）

様式第5号（第7条関係）

様式第6号（第7条関係）

様式第7号（第7条関係）

様式第8号（第8条関係）

様式第9号（第8条関係）

様式第10号（第8条関係）

様式第11号（第8条関係）

様式第12号（第9条関係）

様式第13号（第9条関係）

様式第14号（第11条関係）

様式第15号（第11条関係）