

豊中市障害者在宅給食サービス事業実施要綱

(目的)

第1条 在宅給食サービス事業（以下「事業」という。）は、食事づくりが困難な在宅の障害者が健康で自立した生活を送ることができるよう、在宅給食サービスを食の自立の観点からアセスメント及び利用調整を行った上で計画的かつ有機的につなげることによって、栄養のバランスのとれた食事を定期的に提供することを通じて、健康維持や疾病予防を図るとともに、配食時に安否確認等を実施し、障害者が地域で安心して暮らせるよう食の自立支援を図ることを目的とする。

(事業実施)

第2条 市は、事業のうち在宅給食サービスを年間3,000食以上の配食が可能で適切な事業運営が確保できると認められる医療法人、民間事業者等（以下「実施団体」という。）に委託するものとし、アセスメント及び利用調整に係る業務を市内に所在する障害者地域生活支援事業等を実施する法人等（以下「法人等」という。）に委託できるものとする。

(委託料)

第3条 第2条の規定により委託を受けた実施団体及び法人等は、各月分ごとに請求書等を市に提出し、市は提出された請求書に基づき、委託料を支払うものとする。

(事業内容)

第4条 事業は、次の各号により実施する。

- (1) 食の自立の観点から、在宅給食サービスのアセスメントを実施すること。
- (2) 在宅給食サービスを含め、食に関連する既存のサービスの利用調整を実施すること。
- (3) 在宅給食サービスの配食は、1人当たり週1食以上とすること。
- (4) 定期的に在宅給食サービスの実施状況、利用者の状態等を確認し、再評価を行うこと。

(利用対象者)

第5条 事業の利用対象者（以下「対象者」という。）は市内に居住し、食事づくりが困難な在宅の障害者で自立支援の観点から在宅給食サービスを利用することが適切であると認められる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歳未満の単身の障害者

- (2) おおむね65歳未満の障害者のみの世帯の構成員
- (3) その他市長が必要と認めた者

(利用申込)

第6条 事業を受けようとする者（以下「申込者」という。）は、豊中市障害者在宅給食サービス事業利用申込書（様式第1号）に必要な事項を記入の上、市又は法人等に提出するものとする。

(利用決定)

第7条 市長は、前条による申込があったときは、法人等にアセスメント及び利用調整を依頼し、その結果を受けて、豊中市障害者在宅給食サービス事業利用該当通知書（様式第2号）又は豊中市障害者在宅給食サービス事業利用非該当通知書（様式第3号）により申込者に通知する。

(利用の停止及び廃止)

第8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、事業の停止又は廃止を豊中市障害者在宅給食サービス事業利用廃止（停止）通知書（様式第4号）により申込者に通知するものとする。

- (1) 死亡したとき。
- (2) 市内に居住しなくなったとき。
- (3) 第5条の規定に該当しなくなったとき。
- (4) 入院等長期不在となったとき。
- (5) その他、市長が必要でないとして認めたとき。

(利用料の負担)

第9条 利用者は、配食にかかる経費を除く原材料費、調理費の実費相当額を負担するものとする。

(事故防止)

第10条 事業を受託した実施団体は、事業の実施に当たり、食中毒事故等が生じないよう万全の対策を講じるとともに事故が発生した場合は、速やかに市に報告しなければならない。

2 受託者は、前項の事故に対処できるに足る損害賠償保険等に参加しなければならない。

(帳簿等の整備及び監査)

第11条 事業を受託した実施団体は、事業にかかる収入及び支出に関する帳簿及び証拠

書類等を常に整備し、その執行について甲の指示及び検査に応じなければならないものとする。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から実施する。

この要綱は、平成22年4月1日から実施する。

この要綱は、平成26年4月1日から実施する。

この要綱は、令和4年4月1日から実施する。

(様式第1号)

豊中市障害者在宅給食サービス事業利用申込書

年 月 日

豊 中 市 長 様

住 所 豊中市

氏 名

電 話 ()

豊中市障害者在宅給食サービスを利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	〒 豊中市
	電 話	()
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) 障害名： <input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> その他 ()	
障害支援区分	非該当・1・2・3・4・5・6 /申請中/ 未申請	
居宅介護支援事業者		
世帯の状況	1. 一人暮らしの障害者 2. 障害者のみの世帯 3. その他 ()	
希望する理由		
給食希望曜日	(昼食) 月・火・水・木・金・土・日	
	(夕食) 月・火・水・木・金・土・日	
希望する給食内容		
希望する業者名		
緊急連絡先	氏 名 電 話 (利用者との関係)	

豊中市障害者在宅給食サービス委託事業者及びアセスメント委託法人等へ上記の内容及びサービス利用に関する必要な情報を提供することに同意します。

氏 名

(様式第2号)

第 号
年 (年) 月 日

豊中市障害者在宅給食サービス事業利用該当通知書

様

豊 中 市 長

年 月 日付けで申込みのありました豊中市障害者在宅給食サービス事業の利用につきまして、下記のとおり通知します。

利用者	氏 名							
	住 所	〒 豊中市						
利用者番号								
開始年月日								
給食曜日		月	火	水	木	金	土	日
	昼食							
	夕食							
注意事項	<p>利用料金（食材料費）は実費です。 給食が不要な場合は必ず前日の正午までに事業者にご連絡ください。連絡のない場合は費用をいただきます。 ※ 利用料金は、下記の事業者にお支払いください。</p> <p>事業者名： 連絡先： 所在地：</p>							

(問合せ先) 豊中市 課 係
〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1
Tel 06-6858-
Fax 06-6858-

(様式第3号)

第 号
年 (年) 月 日

豊中市障害者在宅給食サービス事業利用非該当通知書

様

豊 中 市 長

年 月 日付けで申込みのありました豊中市障害者在宅給食サービス事業の利用につきまして、次の理由により非該当となりましたので通知します。

【理 由】

(問合せ先) 豊中市 課 係
〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1
Tel 06-6858-
Fax 06-6858-

(様式第4号)

第 号
年(年) 月 日

豊中市在宅給食サービス事業利用廃止（停止）通知書

様

豊 中 市 長

豊中市障害者在宅給食サービス事業の利用につきまして、下記のとおり利用廃止（停止）しますので、通知します。

利用者	氏 名	
	住 所	〒 豊中市
利用者番号		
廃止(停止)年月日		年 月 日 () 昼食・夕食から廃止(停止)
理 由		1. 死亡 2. 市外転居 3. 単身又は障害者のみの世帯でなくなったため 4. 入院等長期不在 5. その他必要性がなくなった場合（他制度へ移行した場合も含む） ()

(問合せ先) 豊中市 課 係
〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1
Tel 06-6858-
Fax 06-6858-