

## ○岡山市高齢者等配食サービス事業（まごころ給食）実施要綱

### （目的）

第1条 この要綱は、日常生活を営む上で援護を必要とする在宅の一人暮らし高齢者及び重度障害者等（以下「一人暮らし高齢者等」という。）を対象に、栄養バランスに配慮した食事を居宅まで定期的に提供することにより、食生活の安定と改善及び健康の増進を図るとともに、身体的、精神的負担を軽減することにより、福祉の増進に資することを目的とする。

### （事業の対象者）

第2条 この事業の対象者は、市内に居住するおおむね65歳以上の虚弱な高齢者又は重度障害者で次の各号のいずれかに該当し、かつ、自力での調理が困難なもの又は援護が得られないものとする。

- (1) 一人暮らしの者
- (2) 高齢者のみの世帯に属する者
- (3) 重度障害者のみの世帯に属する者
- (4) 高齢者及び重度障害者のみの世帯に属する者
- (5) 前各号に準じる者のうち市長が特に必要と認めた者

### （事業の委託）

第3条 市長は、この事業を食品衛生法（昭和22年法律第233号）による飲食店営業の営業許可を受けており、かつ、この事業の目的を理解して実施できる事業者に委託するものとする。

### （事業の内容）

第4条 事業の内容は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 一人暮らし高齢者等の健康増進のための栄養及び嗜好を配慮した献立を作成すること。
- (2) 前号の献立に基づき、定められた衛生基準を満たす調理施設及び調理人により、食事の調理を行うこと。
- (3) 前号の調理済みの食事を、安全かつ迅速に第9条第2項の利用の決定を受けた者（以下「利用者」という。）の自宅へ配達し、及び利用者の安否の確認を行うこと。
- (4) 前号の利用者の自宅へ食事の配達を行う者は、あらかじめ決められた時間内に配達を行うこと。

### （事業の実施日及び回数）

第5条 事業の実施日は、毎週月曜日から金曜日（次条に掲げる事業の休日を除く。）とし、1人当たり1日1食とし、当分の間は昼食とする。

### （事業の休日）

第6条 事業の休日は、次に定める日とする。

- (1) 岡山市職員の勤務時間、休日及び休暇等に関する条例（昭和36年市条例第48号）第

6条第1項に定める休日

(2) 市長が特に必要と認める日

(実施地区)

第7条 この事業の実施地区は、岡山市立の小学校、中学校及び義務教育学校の就学に関する規則（昭和30年市教育委員会規則第1号）第3条の通学区域のうち中学校及び義務教育学校を単位とし、別表に定めるところによるものとする。

(利用申請)

第8条 この事業の利用を希望する者（以下「申請者」という。）は、岡山市高齢者等配食サービス事業利用（変更）申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）を、市長に提出するものとする。

2 前項の規定にかかわらず、緊急を要すると市長が認めたときは、口頭による申請をすることができるものとする。この場合において、申請者は、事後速やかに前項の手続を行うものとする。

(利用の決定)

第9条 市長は、前条の申請書に基づき、申請者の状況及び世帯の状況等を申請者状況調査票（様式第2号）により調査し、利用の可否を決定するものとする。

2 市長は、前項の規定により利用の決定をしたときは、岡山市高齢者等配食サービス事業利用（変更）決定通知書（様式第3号）により、利用を認めないと決定したときは、岡山市高齢者等配食サービス事業利用（変更）却下通知書（様式第4号）により、申請者に通知するものとする。

(利用の変更)

第10条 利用者は、利用日、利用回数及び利用の休止等利用内容に変更を生じるときは、あらかじめ定められた期日までに申請書を市長に提出するものとする。

2 前項の規定にかかわらず、緊急を要すると市長が認めたときは、第8条第2項の規定を準用するものとする。

(利用の廃止)

第11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、利用を廃止するものとする。

- (1) 死亡、転居、長期入院又は施設入所等により利用の必要がなくなったとき。
- (2) 第2条に定める要件を欠いたとき。
- (3) 岡山市高齢者等配食サービス事業利用廃止届（様式第5号）が提出されたとき。
- (4) 所在が確認できないとき。
- (5) その他利用が適当でないと市長が認めたとき。

2 市長は、前項の規定に基づき利用を廃止したときは、利用者に対し、岡山市高齢者等配食サービス事業利用廃止通知書（様式第6号）により通知するものとする。

(利用料)

第 12 条 利用者は、利用料として食材料費等の実費を負担するものとする。

2 利用料は、市長が別に定める額とする。

(その他)

第 13 条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 4 年 2 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行し、令和 4 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、令和 5 年 8 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

別表（第 7 条関係）

| 実施地区                       |
|----------------------------|
| 足守中学校区                     |
| 岡輝中学校区                     |
| 中山中学校区                     |
| 石井中学校区（大野小学校区及び三門小学校区に限る。） |
| 高松中学校区                     |
| 御南中学校区                     |
| 吉備中学校区                     |
| 京山中学校区                     |
| 岡北中学校区                     |
| 岡山中央中学校区                   |
| 桑田中学校区                     |
| 御津中学校区                     |
| 香和中学校区                     |

|                    |
|--------------------|
| 竜操中学校区             |
| 高島中学校区             |
| 操山中学校区             |
| 操南中学校区             |
| 東山中学校区             |
| 富山中学校区             |
| 旭東中学校区             |
| 上南中学校区             |
| 西大寺中学校区            |
| 瀬戸中学校区             |
| 上道中学校区             |
| 光南台中学校区            |
| 灘崎中学校区             |
| 妹尾中学校区             |
| 芳泉中学校区             |
| 芳田中学校区             |
| 興除中学校区             |
| 藤田中学校区             |
| 福浜中学校区             |
| 福田中学校区             |
| 福南中学校区（南輝小学校区に限る。） |
| 山南学園校区             |

(様式第 1 号)

岡山市高齢者等配食サービス事業利用（変更）申請書

岡山市長 様

申請日 年 月 日

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                              |              |                                |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| 申請者                     | 氏名(フリガナ)<br><br>(署名又は記名押印)                                                                                                                                                                                                                               | 生年月日<br><input type="checkbox"/> 明治<br><input type="checkbox"/> 大正 年 月 日(満 歳)<br><input type="checkbox"/> 昭和 |              |                                |
|                         | 住所 〒 電話 —<br><br>岡山市 ( 中学校区・ 小学校区)                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |              |                                |
| 世帯の<br>状況               | <input type="checkbox"/> 一人暮らし( <input type="checkbox"/> 高齢者・ <input type="checkbox"/> 重度障害者) <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 重度障害者のみ<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                         |                                                                                                              |              |                                |
| 開始<br>(変更)<br>希望<br>年月日 | 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 開始してください。<br><input type="checkbox"/> 変更してください。<br>変更箇所： <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 本人連絡先 <input type="checkbox"/> 曜日 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先<br>その他 ( ) |                                                                                                              |              |                                |
| 申請理由                    |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                              |              |                                |
| 希望<br>回数・曜日             | 週 回                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                              | 利用希望<br>事業者名 |                                |
|                         | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金                                                                                                                   |                                                                                                              |              |                                |
| 調査に<br>係る<br>同意欄        | 本申請書の写し及び申請に係る調査内容について、地域包括支援センターに提供することに同意します。また、申請内容の確認のために私の生活状況等について調査することに同意し、求められた際には、必要書類の提出を行います。                                                                                                                                                |                                                                                                              |              | <input type="checkbox"/> 同意します |
| 緊急連絡先                   | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                       | 住所                                                                                                           | 続柄           | 連絡先                            |
|                         | ①                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                              |              |                                |
|                         | ②                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                              |              |                                |
| 受付者                     | 地域包括支援センター名                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                              |              | 担当者名                           |

- ※ 1 太枠の中のみ記入し、該当する□にレをつけてください。  
2 緊急連絡先は、本人以外の連絡先について、必ず一人は記入してください。  
3 新規申請又は業者変更の場合は、任意様式で自宅周辺の地図を添付してください。

(様式第2号)

## 申請者状況調査票

記入年月日

年 月 日

地域包括支援センター担当者：

|                            |                                                                                                                     |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------|---------------------------------------|
| フリガナ<br>氏 名                |                                                                                                                     |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |
| 生年月日                       |                                                                                                                     | M・T・S 年 月 日 (満 歳) |                               |                   |                            |                 |                                       |
| 同居<br>家族                   | 氏 名                                                                                                                 | 続 柄               | 年 齢                           | 状態 (入院など)         | 生<br>活<br>状<br>況           | 食<br>事          | 1 自費宅配弁当<br>2 インスタント等<br>3 その他<br>( ) |
|                            |                                                                                                                     |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |
|                            |                                                                                                                     |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |
|                            |                                                                                                                     |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |
|                            |                                                                                                                     |                   |                               |                   |                            | 入<br>院          | あり<br>(退院予定日： )<br>なし                 |
| 健<br>康<br>状<br>況           | 1 病気がち 病名： 病院名：                                                                                                     |                   |                               | 食品アレルギー<br>業者への連絡 |                            |                 | 有( )・無<br>済 ・ 未                       |
|                            | 2 認知症<br>3 その他( )                                                                                                   |                   |                               | 医師の指示<br>業者への連絡   |                            | 有( )・無<br>済 ・ 未 |                                       |
|                            |                                                                                                                     |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |
| 動<br>作                     | 歩 行                                                                                                                 | 1 普通に歩ける          | 2 杖等の使用はないが、自力<br>での歩行は不安定である |                   | 3 杖等を使用又は時間をかけ<br>れば自分で歩ける |                 | 4 歩行不能 (ねたきり)<br>車いすを使用               |
|                            | 運 転                                                                                                                 | 1 運転している<br>理由：   | 2 免許返納予定                      |                   | 3 運転できない                   |                 | 4 免許なし又は返納<br>済み                      |
| 身<br>体<br>状<br>況           | 視力                                                                                                                  | 1 普通              | 2 やや見えにくい                     | 3 ほとんど見えない        |                            |                 |                                       |
|                            | 聴力                                                                                                                  | 1 普通              | 2 やや難聴                        | 3 難聴              |                            |                 |                                       |
|                            | 言葉                                                                                                                  | 1 普通              | 2 やや不自由                       | 3 不自由             |                            |                 |                                       |
| 福<br>祉<br>制<br>度<br>等      | 1 障害者手帳 手帳 級 )                                                                                                      |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |
|                            | 2 ホームヘルパー (利用曜日： 利用内容： )                                                                                            |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |
|                            | 3 デイサービス・デイケア (利用曜日： 利用内容： <input type="checkbox"/> 短時間型 <input type="checkbox"/> 半日型 <input type="checkbox"/> 一日型) |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |
|                            | 4 小規模多機能《昼食つき》 (利用曜日： 利用内容： )                                                                                       |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |
|                            | 5 その他 ( )                                                                                                           |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |
| 関<br>係<br>者<br>意<br>見<br>欄 |                                                                                                                     |                   |                               |                   |                            |                 |                                       |

(様式第3号)

第 号  
年 月 日

岡山市高齢者等配食サービス事業利用（変更）決定通知書

様

岡山市長

年 月 日付けで申請のありました配食サービスの利用については、次のとおり決定しましたので通知します。

☐ 配食サービスを実施することに決定しました。

☐ 配食サービスの利用を変更することに決定しました。

|               |                                               |      |  |
|---------------|-----------------------------------------------|------|--|
| フリガナ<br>申請者氏名 |                                               | 年齢   |  |
|               |                                               | 生年月日 |  |
| 住所            |                                               |      |  |
| 配食の開始         | 年 月 日から次のとおり実施します。<br>週( )回 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 |      |  |
| 配食の休止         | 年 月 日から休止します。                                 |      |  |
| 負担金           | 一食当たり 円                                       |      |  |
| 配食事業者名        |                                               |      |  |
| 決定が30日を越えた理由  |                                               |      |  |

(様式第 4 号)

第 号  
年 月 日

岡山市高齢者等配食サービス事業利用（変更）却下通知書

様

岡山市長

年 月 日付けで申請のありました配食サービスの利用については、次のとおり決定しましたので通知します。

- ☐ 配食サービスの利用を認めないことに決定しました。
- ☐ 配食サービスの利用の変更を認めないことに決定しました。

|               |  |
|---------------|--|
| フリガナ<br>申請者氏名 |  |
|               |  |
| 住所            |  |
| 決定の理由         |  |



(様式第 5 号)

年 月 日

岡山市高齢者等配食サービス事業利用廃止届

岡山市長 様

申請者

住所

氏名

利用者との続柄

電話

次のとおり、配食サービスの利用を辞退したいので届けます。

|       |    |  |        |  |      |  |
|-------|----|--|--------|--|------|--|
| 利用者   | 氏名 |  | 年齢     |  | 生年月日 |  |
|       | 住所 |  |        |  |      |  |
| 辞退の理由 |    |  |        |  |      |  |
| 辞退年月日 |    |  | 配食事業者名 |  |      |  |

(様式第 6 号)

第 号  
年 月 日

岡山市高齢者等配食サービス事業利用廃止通知書

様

岡山市長

次のとおり、配食サービスの利用を廃止しましたので通知します。

|       |       |
|-------|-------|
| 利用者氏名 |       |
| 利用者住所 |       |
| 廃止年月日 | 年 月 日 |