桜川市高齢者配食サービス事業委託事業者の募集について　（募集要項）

１　事業の概要

1. 事業名

　　　　桜川市高齢者配食サービス事業

1. 募集の趣旨

本市では、日常生活を営む上で、支援が必要な７５歳以上のひとり暮らしの高齢者等に対し、栄養のバランスが取れた食事を提供することにより、健康の保持を図るとともに安否確認を行うことを目的とする配食サービスの事業を実施する。

1. 委託期間

　当該年度末まで

1. 実施区域

　市の指定する場所（桜川市全域もしくは一部地域）

1. 実施時間等
	1. 利用者に対し、週２回を限度に、月曜日から金曜日で、１日１食をおおむね１８時までに提供すること。ただし、事業者の休業日及び国民の祝日に関する法律（昭和２３年法律第１７８号）に規定する祝日、年末年始（１２月２９日から翌年１月３日まで）は除く。
	2. 利用者は、自宅で待つため、毎回決まった時間に配食できるよう配慮すること。

２　基本事項

　　　次に掲げる要件の全てに該当し、別紙「桜川市高齢者配食サービス事業業務委託仕様書」どおりの事業を実施できる者とする。

1. 事業に関して法令上必要とする許可を受けていること。
2. 桜川市暴力団排除条例（平成２４年６月１９日条例第１７号）に規定する暴力団、暴力団員及び暴力団経営支配法人でないもの。
3. 調理から配達及び安否確認までの一連の業務すべてを事業者の責任において実施できること。
4. 管理栄養士等の作成したメニューに基づいて調理した食事を提供できること。
5. 食中毒等の事故が起こった場合の損害賠償責任を履行するため、賠償責任保険に加入していること。

３　委託料及び利用者負担額

1. 委託料（配食時の安否確認及び配達にかかる諸費用）
	1. １食につき３００円（※消費税及び地方消費税を含む）
	2. 事業者が定める配食サービスの１食あたりの代金は５００円を下限額とする。
	3. 事業者は、委託料を１月ごとに集計し、実績報告書兼請求書、利用者名簿及び請求月の献立表を提出する。市は、これに基づき請求後３０日以内に事業者の指定する口座へ支払うものとする。
2. 利用者負担金
	1. １食につき、市の助成金３００円を超えた分

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者が定める配食サービスの１食あたりの代金 | ― | 市助成金３００円 | ＝ | 利用者負担金 |

* 1. 事業者は、市の助成金を差し引いた金額を利用者から直接徴収するものとする。

４　事業者の選択

1. 利用者は、市が作成する「桜川市高齢者配食サービス事業委託事業者一覧」により希望する事業者を選択することができるものとする。
2. 利用者は、１月単位で事業者を変更することができるものとする。
3. 配食の新規・変更・廃止の申請が利用者からあったときは、市は速やかに事業者へ連絡するものとする。

５　申請書等の提出方法等

1. 提出期間

随時

　　　　午前８時３０分から午後５時まで　※土・日・祝日を除く

1. 提出方法

持参又は郵送（郵送の場合には書留郵便で発送してください。）

（３）提出書類

* 1. 桜川市高齢者配食サービス事業実施申請書（様式１）
	2. 桜川市高齢者配食サービス事業実施計画書（様式２）
	3. 会社概要（人員体制図がわかるもの）
	4. パンフレット（各種マニュアルがわかるもの）
	5. 食品営業許可証の写し
	6. 賠償責任保険証の写し
	7. 献立表及び弁当のカラー写真（直近２か月）
	8. 提出時チェックリスト

６　スケジュール

　　　応募書類提出

　　　事業者決定

　　　契約書準備

　　　事業開始（契約書締結後に順次開始）

様式　1

　　　年　　　月　　　日

桜川市長　様

事　業　者

住　　所

事業者名

代表者名

桜川市高齢者配食サービス事業実施申請書

桜川市配食サービス事業を、下記のとおり実施いたします。

１ 実施期間　 令和　 年　　月　　日～令和 　年　３月３１日

２ 添付書類

* + 1. 配食サービス事業実施計画書　(様式２)
		2. 他、必要書類

様式　２

配食サービス事業実施計画書

1　契約者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 住　　 所 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| 担 当 者 |  |
| ２ 配食計画 |
| 調理及び配達可能食数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　食 |
| 作業工程時間 | 調 理 |  　　 時　　　　分 　～　　　　時　　　　分 |
| 配 食 |  　 　 時　　　　分 　～　　　　時　　　　分 |
|  |

　３ 利用者への対応について

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者負担金の徴収方法に　〇をつけてください。 |  　　現金払い　・　口座振替 |

４ その他

（配達可能、不可能地区等）