

令和6年度函館市「食」の自立支援事業受託者募集要項

1 募集の趣旨

本市では、在宅のひとり暮らし高齢者等の居宅を訪問して栄養のバランスのとれた食事を定期的に提供し、併せて、当該利用者の安否を確認することによって、高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、「食」の自立支援事業（以下「支援事業」という。）を実施しています。本件は、令和6年度において、支援事業を実施する事業者を募集するものです。

2 募集の概要

(1) 配食エリア

函館市内全域または一部の地域で実施する。

※一部の地域とは、旧函館市地域（本庁、亀田支所、湯川支所、銭亀沢支所管内）、戸井地域、恵山地域、楸法華地域、南茅部地域のうち、1以上の地域（当該地域内の全域）をいう。

(2) 応募資格

支援事業に対して意欲を有し、かつ目的を十分に理解している事業者であって、次に掲げる要件を全て満たしていることとします。

① 函館市内に活動拠点となる事業所を有し、食品衛生法（昭和22年法律第233号）第52条第1項の規定による営業許可を取得しており、食事の調理を当該営業許可を受けた厨房設備において行っていること。また、複数の調理施設で調理を行う場合は、その全ての施設において営業許可を取得していること。調理業務を他の事業者にも委ねる場合も同様とする。

なお、営業許可が不要な施設（集団給食施設等）で調理した食事を提供する場合は、関連する運営指針やマニュアル等に沿った食事の提供、衛生管理がなされていること。

② 食中毒等による保健所からの営業停止等の行政処分を申請日前の3年間に受けていないこと。

③ 函館市内において1年以上の配食事業の実績を有すること。

④ 昼食または夕食について、1週間に最低5日以上配食業務を実施できること。

⑤ 献立は、所属の管理栄養士または栄養士が作成した、エネルギー量や栄養素など高齢者の心身の特性に配慮されたものとし、利用者に対し、献立表（エネルギー、たんぱく質、塩分等を記載しているもの）を事前に提示できること。

⑥ 緊急時や利用者異常時の迅速な対応（関係行政機関との連携を含む。）と連絡体制、個人情報の管理、清潔の保持等についてマニュアルを作成していること。

⑦ 利用者が伝染性感染症に罹患した際の、従事者の安全の確保および利用者宅への配食の取扱い等についてマニュアルを作成していること。

⑧ 支援事業の従事者に対して、事業の内容、高齢者の心身特性、在宅配食に関する知識・技術・作業手順等について、指導・研修を行っていること。

（新規に応募する事業者は、支援事業開始前に行うこと。）

※ 次のいずれかに該当する場合は、応募できません。

ア 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当する者

イ 事業者の代表者等（法人の場合は、非常勤役員を含む役員ならびに支配人および営業所の代表者を含み、その他の団体の場合は、団体の代表者・理事等法人の場合と同様の責任を有する者をいう。）が、函館市暴力団の排除の推進に関する条例（平成26年条例第15号）第6条に規定する暴力団員等または暴力団関係事業者に該当する者

ウ 法人税、消費税、地方消費税および市税を滞納している者

(3) 支援事業の内容

別紙 函館市「食」の自立支援事業委託業務仕様書のとおりとします。

(4) 委託期間

令和6年（2024年）4月1日から令和7年（2025年）3月31日まで
（令和6年4月1日以後は、委託契約締結日から令和7年3月31日まで）

3 応募について

(1) 受付期間

令和6年2月21日（水）～9月30日（月）※土・日・祝日を除く8時45分～17時30分

(2) 応募方法

受付期間内に、函館市保健福祉部高齢福祉課まで提出書類を持参してください。提出書類が整った段階で申請を受理します。

(3) 提出書類

ア 函館市「食」の自立支援事業受託申請書（別記第1号様式）

添付書類：① 申請者の定款および登記簿謄本の写し

② 食品衛生法による営業許可証の写し

③ 直近3年間において食品衛生法に基づく営業停止等の行政処分を受けていないことの証明書

④ 所属の管理栄養士または栄養士の免許証の写し

⑤ 従事者（予定者）名簿

⑥ 緊急時等の対応、個人情報への取扱い、清潔の保持等のマニュアル

⑦ 損害賠償の対応措置策がわかるもの

⑧ 厨房の位置図および平面図

イ 函館市「食」の自立支援事業実施計画書（別記第2号様式）

※ 申請受理後、申請を取下げの場合は、申請取下げ届（別記第3号様式）を提出すること。

4 事業者の審査等

提出された書類に基づき、函館市保健福祉部高齢福祉課において審査を行い、必要に応じてヒアリングや実地調査を行います。審査の結果は、提出書類の受理後、1か月以内を目途に書面により通知し、支援事業を適切に実施できると認められた事業者と、委託契約を締結します。

5 委託料および利用者負担額

(1) 委託料（配食時の安否確認および配達にかかる諸費用）

1食につき513円 ※ 消費税および地方消費税を含む。

(2) 利用者負担金（食材料費および調理にかかる諸費用の実費相当額。受託者が徴収）

1食につき400円

6 その他

- ① 本支援事業の利用に当たっては、利用者が、配食可能日や食事内容等から事業者を選択するものであるため、事業者により受注量の差が生じることを御承知願います。
- ② 提出書類等の作成および提出に係る費用は、事業者の負担とします。
- ③ 提出書類等に虚偽の記載をした場合または重大な不備があった場合は、無効とします。
- ④ 必要に応じて、追加資料の提出を求める場合があります。
- ⑤ 提出書類等は、当該募集に係る事項以外に応募者に無断で使用することはありません。
- ⑥ 提出書類等は、返却できません。

7 申請書類等の提出先

函館市保健福祉部高齢福祉課（市本庁舎2階）

電話：0138-21-3025 FAX：0138-26-5936

【参考】 令和5年度「食」の自立支援事業の状況（令和5年12月末現在）

- (1) 受託事業者数 3事業所
- (2) 利用者数 52名
- (3) 月別利用実績

月	配食数（昼）	配食数（夕）	合 計
4月	195	754	949
5月	145	765	910
6月	140	751	891
7月	137	782	919
8月	137	746	883
9月	141	722	863
10月	154	749	903
11月	147	684	831
12月	138	679	817

(別記第1号様式)

函館市「食」の自立支援事業受託申請書

年 月 日

函館市長 あて

(申請者)

団体等の所在地

団体等の名称

代表者職氏名

函館市「食」の自立支援事業を受託したいので、必要書類を添えて申請します。

なお、応募資格要件はすべて満たしており、この受託申請書および実施計画書、添付した必要書類のすべての記載事項は、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、函館市「食」の自立支援事業実施要綱および委託業務仕様書その他関係法令等を遵守します。

記

事業所 名称	フリガナ			
所在地	〒 -			
管理者 職・氏名				
担当者 職・氏名				
連絡先	TEL		FAX	
	e-mail			

【添付書類】

- 1 定款および登記簿謄本の写し
- 2 食品衛生法による営業許可証の写し
- 3 直近3年間において食品衛生法に基づく営業停止等の行政処分を受けていないことの証明書
- 4 所属の管理栄養士または栄養士の免許証の写し
- 5 従事者（予定者）名簿
- 6 緊急時等の対応、個人情報の取扱い、従事者の清潔の保持等のマニュアル
- 7 損害賠償の対応措置策がわかるもの
- 8 厨房の位置図および平面図

(別記第2号様式)

函館市「食」の自立支援事業実施計画書 (年度)

事業所名									
対応エリア	<input type="checkbox"/> 函館市全域 <input type="checkbox"/> 一部地域 (地域)								
配食可能日		月	火	水	木	金	土	日	
	昼食	<input type="checkbox"/>							
	夕食	<input type="checkbox"/>							
休業日	<input type="checkbox"/> 定休日 () <input type="checkbox"/> 年末年始 (~) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 年中無休								
調理施設	<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:)								
人員配置 (延べ)	調理部門 人 配食部門 人 内訳: 食品衛生管理者 人 管理栄養士または栄養士 人 調理師 人 その他 人								
対応可能食数	昼食: 食 夕食: 食								
配食事業の事業実績									
利用開始時の試食の有無	<input type="checkbox"/> 有 (料金等:) <input type="checkbox"/> 無								
病態食対応の有無	<input type="checkbox"/> 有 (種類: (例)低カロリー食, 減塩食, 粥食, きざみ食等) <input type="checkbox"/> 無								
禁忌食対応の有無	<input type="checkbox"/> 有 (対応内容:) <input type="checkbox"/> 無								
配送体制等	(伝染性感染症に罹患した利用者宅への配食, 配送時の衛生面の配慮など)								

※該当するものを■とすること

(別記第3号様式)

函館市「食」の自立支援事業申請取下げ届

年 月 日

函館市長 あて

(届出者)
所在地
団体名
代表者氏名

年 月 日付けで行った函館市「食」の自立支援事業の受託申請については、下記理由により取り下げたいので届け出ます。

取下理由