

中井町ひとり暮らし老人等配食サービス事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、ひとり暮らし老人、重度障害者等の健康保持、孤独感の解消、安否の確認を図り併せて健康状態の確認等を行うため、ひとり暮らし老人等配食サービス事業（以下「配食サービス」という。）を定期的に行うことについて必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 配食サービスを利用できる者は、町内に住所を有し、自分で食事の支度をすることが困難であり、かつ扶養義務者等から食事の提供を受けることが困難な状況にある者であって、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歳以上のひとり暮らし老人
- (2) おおむね65歳以上の夫婦世帯の構成員
- (3) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定の身体障害者手帳の交付を受けた者であって、その障害の級別が1級又は2級である者
- (4) その他町長が特に必要と認めた者

(事業内容)

第3条 配食サービスの内容は、第2条に規定する者（以下「対象者」という。）の自宅に調理した食事を配達し、直接対象者に手渡しするものとする。

(配食サービスの実施回数)

第4条 配食サービスの実施回数は、対象者1人につき1日1食を限度とし、町長が必要と認める回数を実施するものとする。

(配食サービスを実施しない日)

第5条 配食サービスを実施しない日は、次に掲げる日とする。ただし、町長が特に必要と認めた場合は、この限りではない。

- (1) 土曜日及び日曜日
- (2) 国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日
- (3) 1月2日、同月3日及び12月29日から同月31日まで
- (4) 災害等のため配食が不能と認められる日
- (5) 前各号に掲げる日のほか、町長が不相当と認める日

2 町長は、前項第4号及び第5号の規定により配食サービスを実施しないときは、あらかじめその旨を利用者に通知するものとする。

(利用の申請)

第6条 配食サービスを利用しようとする者は、配食サービス事業利用申請書（第1号様式）を町長に提出しなければならない。

(利用の決定及び通知)

第7条 町長は、前条の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、その適否を決定し、配食サービス事業利用承認（不承認）決定通知書（第2号様式）により、その旨を該当申請者に通知するものとする。

（利用の変更等）

第8条 配食サービスの利用を承認された者（以下「利用者」という。）は、当該配食サービスの決定内容を変更しようとするとき（一時的な変更を除く。）は配食サービス事業変更申請書（第3号様式）を町長に提出し、当該配食サービスを廃止しようとするときは、その旨を町長に届け出なければならない。

2 町長は、前項の申請書の提出があったときは、内容を審査し、その適否を決定し、配食サービス事業変更承認（不承認）決定通知書（第4号様式）により、その旨を該当申請書に通知するものとする。

（利用者の負担）

第9条 配食サービスの利用者は、原材料費の実費相当額として町長が定める額（1食当たり350円）を負担しなければならない。ただし、町長が特に認めた場合には、この限りでない。

（その他）

第10条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年10月1日から施行する。

第2号様式（第7条関係）

配食サービス事業利用承認（不承認）決定通知書

年 月 日

様

中井町長

年 月 日付けで申請のあった配食サービスの利用については、次のとおり決定いたしましたので通知いたします。

対象者氏名	
-------	--

住 所	
-----	--

利用開始年月日	年 月 日
負 担 金 1食あたり 円	
<input type="checkbox"/> 承認する	食 事 回 数 利用する曜日 食事の種類
<input type="checkbox"/> 承認しない	理 由

配食サービス事業変更申請書

年 月 日

中井町長 殿

住 所
申請者 氏 名
電 話
対象者との続柄

配食サービスの利用の変更について次のとおり申請します。

フリガナ		電 話 ()-	
対象者氏名			
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男・女
住 所	中井町		
変 更 内 容			

配食サービス事業変更承認(不承認)決定通知書

年 月 日

様

中 井 町 長

配食サービスの利用の変更について次のとおり決定したので通知します。

決定区分	<input type="checkbox"/> 承認する			<input type="checkbox"/> 承認しない	
フリガナ			電 話 ()-		
対象者氏名					
生 年 月 日	年 月 日		性 別	男 ・ 女	
住 所	中井町				
変 更 内 容					
承認しない理由					
備 考					