

足立区高齢者配食サービス支援事業実施事業者 申込書

事業者名 _____ 印 _____

事業所所在地 _____

連絡先電話番号 _____

E-mail _____

担当者名 _____

足立区高齢者配食サービス支援事業実施事業者となることを希望するため、以下のとおり申し込みます。

1 当てはまるものにチェックを入れてください。

※チェックがない項目がある場合、実施事業者にはなれません。

☐ 地方自治法施行令第167条の4第1項各号のいずれにも該当しません。
☐ 足立区契約事務規則第5条第1項及び第2項に規定する資格を具備しています。
☐ 足立区競争入札参加停止及び指名停止措置要綱による指名停止を受けていません。
☐ 足立区内において高齢者向けに配食サービスを提供しています。
☐ 足立区内で半年以上の高齢者向け配食サービスの実績があります。
☐ 飲食店営業許可証等、足立区長が指定する書類をこの申込書に添付しています。
☐ 足立区長が定める栄養価の基準を満たす食事を提供できます。
☐ 足立区高齢者配食サービス支援事業の目的及び対象者の特性を理解し、足立区と協力して当該事業の目的を達成します。
☐ 足立区高齢者配食サービス支援事業要綱及び協定の規定を遵守します。

2 協定締結事業者名（協定書の乙欄に記載されます。協定を締結する権限のある方を記載してください。）

事業所所在地	
事業者名	
代表者（協定締結権者）名	

3 配食確認票のフォーマット配付希望

☐ 希望する	配付先メールアドレス：
-------------------------------	-------------

4 指定配食事業者一覧（利用者へ配布するチラシ）への掲載内容

店舗名	
メニュー および金額	
店舗住所	
店舗連絡先	
配送エリア ※足立区の 町名で記載 してください。	
休業日	

5 区が取消者を連絡する際の連絡先

FAX番号	
E-mail アドレス	

※この申込書に以下の書類を添えて**令和7年7月18日(金)までに**提出してください。

- ① 令和7年10月1日現在有効な飲食店営業許可証の写し
- ② 令和7年10月1日現在有効な食品衛生責任者の資格証明書の写し
- ③ 令和7年4月以降に実施した食品衛生監視票の写し
- ④ 3か月以内に撮影した厨房の様子、調理時の様子、配食時の様子の写真（異なる日時で2枚ずつ）
- ⑤ 店舗で使用しているメニュー表等、事業内容がわかる書類
- ⑥ 直近1か月の配食（一般食）の献立（摂取する栄養価が明記されているもの）