（様式１）

受付№

**企画提案書兼誓約書**

令和　年　月　日

我孫子市長　あて

（参加者）　　　　所在地

名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

本件責任者氏名

※本様式への押印を省略する場合は必ず記載すること。

担当者氏名

電話番号

Ｆ Ａ Ｘ

メールアドレス

（事業名）我孫子市配食サービス事業業務委託（単価契約）

上記事業に係る企画提案について、次の添付書類を添えて提出します。

なお、企画提案書の提出に際し、募集要綱の参加資格全ての要件を満たすこと、記載内容に虚偽がないこと及び結託等により公正を害するような行為をしないことを誓約します。

1. 法人登記簿謄本
2. 法人市民税、消費税及び地方消費税の納税証明書（直近１年間）
* 納税義務がない場合は、納税義務がない旨を記載した申立書
1. 法人概要（様式２号）
2. 事業の実績一覧（様式３）
3. 事業の実施方針（様式４）
4. 職員体制 （様式５）
5. 事業運営（見守り・安否確認）（様式６）
6. 個人情報管理及び苦情対応について（様式７）
7. 衛生管理体制（様式８）
8. 事故・自然災害等発生時の対処体制（様式９）
9. 食事の種類等について（様式１０）
10. 献立（令和６年１０月分実績）（様式１１）
11. 課題に対する提案　（様式１２）
12. 見積書（内訳）（様式１３）

（様式２）

**法人概要**

1. **本社の概要**【選定基準表１】

|  |  |
| --- | --- |
| ①名称 |  |
| ②本社所在地 |  |
| ③電話番号 |  |
| ④設立年月日 | 年　　月　　日 | ⑤配食事業営業年数 | 年　　月　　日 |
| ⑥直近決算の経営状況※ | 総売上高　　　　円 | 払込資本金円 | 流動比率　　　　％ |
| ⑦事業内容 |  |
| ⑧営業所数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（千葉県内　　　　　　）　 |
| ⑨総従業員※ | 総従業員数　　　　　　人（うち正規職員　　　　　人）調理人員　　　　　　人（うち正規職員　　　　　人）配達人員　　　　　　人（うち正規職員　　　　　人）管理栄養士　　　　　人（うち正規職員　　　　　人）栄養士　　　　　　　人（うち正規職員　　　　　人）その他（　　　　）　　　　　人 |
| ⑩責任賠償保険加入の有無 | □加入有り※□加入無し |
| ⑪ＩＳＯ、ＨＡＣＣＰの取得状況（取得済みに○印） | ア　ＩＳＯ９００１（品質マネジメント） |
| イ　ＩＳＯ１４００１（環境マネジメント） |
| ウ　ＩＳＯ２７００１（情報セキュリティマネジメント） |
| エ　ＩＳＯ２２０００（食品安全マネジメント） |
| オ　ＨＡＣＣＰ（食品衛生上の危害の発生予防システム） |
| ⑫過去５年間の食中毒事故の有無 | □有※□無 |

* ⑥について、決算報告書の写しを添付すること。
* ⑨について、兼任者がいる場合は追記すること。

例：○人　ただし、調理人員○人を含む

* ⑩について、責任賠償保険に加入している場合は、内容及び金額等を具体的に明記（別紙可）し保険証の写しを添付すること。
* ⑫について、事業部門、発生年月日等を詳細に明記（別紙可）すること。
1. **本事業を受託した場合に業務を行う営業所**【選定基準表４（１）】

|  |  |
| --- | --- |
| ①営業所在地 | * 調理施設と配送を行う事業所が別の場合はその旨を記入してください。
* メニューごとに調理施設が異なる場合はそれぞれ記入してください。
 |
| ②１日あたりの配食数 | 平均 | 約　　　件　※令和５年度における平均 |
| 上限 | 　　　　件　※営業所で配達を行える上限 |
| ③営業所の従業員数 | 総従業員数　　　　　人（うち正規職員　　　　　人） |
| 調理人員　　　　　人（うち正規職員　　　　　人） |
| 配達人員　　　　　人（うち正規職員　　　　　人） |
| その他（　　　　）　　　　　人 |
| 平均勤続年数　　　全従業員　　年　　　配達人員　　　年 |
| ④栄養士・管理栄養士の有無 | （本社のみ配置、エリアで配置などは、その旨ご記入下さい。） |
| ⑤その他の資格者 |  |

1. **本事業を受託する営業所に対する支援体制について【選定基準表４（１）、（５）】**

|  |  |
| --- | --- |
| ①支援事業所の名称 |  |
| ②支援事業所の代表者 |  |
| ③支援事業所の所在地及び電話番号 |  |
| ④支援業務内容 |  |

（様式３）

**事業の実績一覧**【選定基準表２】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　名 | 発注者 | 配食件数①1日平均食数②1日最大食数③年間延べ食数 | 実績期間 | 延契約年数 |
| 配食サービス事業 |  |  | ①②③ | 年　 月　 日から　年　 月　 日まで |  |
|  |  | ①②③ | 年　 月　 日から　年　 月　 日まで |  |
|  |  | ①②③ | 年　 月　 日から　年　 月　 日まで |  |
|  |  | ①②③ | 年　 月　 日から　年　 月　 日まで |  |
|  |  | ①②③ | 年　 月　 日から　年　 月　 日まで |  |
| その他類似事業 |  |  |  | 年　 月　 日から　年　 月　 日まで |  |
|  |  |  | 年　 月　 日から　年　 月　 日まで |  |
|  |  |  | 年　 月　 日から　年　 月　 日まで |  |
|  |  |  | 年　 月　 日から　年　 月　 日まで |  |
|  |  |  | 年　 月　 日から　年　 月　 日まで |  |

※　その他類似事業（弁当の宅配、見守り巡回など）毎に記入すること。

※　それぞれの事業毎に直近から５以内で記入のこと。

（様式４）

**事業の実施方針**【選定基準表３】

|  |
| --- |
| ①事業への基本理念 |
|  |
| ②事業方針と目標 |
|  |
| ③事業を行う上で特に重視または配慮すること |
|  |
| ④その他（上記以外にアピール点があれば記載してください。） |
|  |

* 簡潔に記載（別紙不可）する。

（様式５）

**職員体制**【選定基準表４（１）】

|  |
| --- |
| ①職員配置や勤務体制 |
|  |
| ②調理に係る業務体制や運用 |
|  |
| ③配食に係る業務体制や運用 |
|  |
| ④職員の研修 |
|  |
| ⑤その他（上記以外にアピール点があれば記載してください。） |
|  |

* 事業の実施について定めたマニュアルを添付すること。
* 簡潔に記載（別紙不可）すること。

（様式６）

**事業運営（見守り・安否確認）**【選定基準表４（２）】

|  |
| --- |
| ①配食時の安否確認時に配慮していること |
|  |
| ②利用者とのコミュニケーションにおいて気を付けていること |
|  |
| ③配送時に利用者が不在時の対応 |
|  |
| ④利用者の異常を発見した場合の対応 |
|  |
| ⑤その他（上記以外にアピール点があれば記載してください。） |
|  |

* 簡潔に記載（別紙不可）すること。

（様式７）

**個人情報管理及び苦情等の対応について**【選定基準表４（３）】

|  |
| --- |
| ①個人情報等の情報管理 |
|  |
| ②苦情・事故等に関する体制 |
|  |
| ③その他（上記以外にアピール点があれば記載してください。） |
|  |

* 簡潔に記載（別紙不可）すること。

（様式８）

**衛生管理体制**【選定基準表４（４）】

|  |
| --- |
| ①職員の体調管理 |
|  |
| ②調理時の衛生管理 |
|  |
| ③配食するまでの弁当の保管方法 |
|  |
| ④配食時の衛生管理 |
|  |
| ⑤その他（上記以外にアピール点があれば記載してください。） |
|  |

* 簡潔に記載（別紙不可）すること。

（様式９）

**事故・自然災害等発生時の対処体制**【選定基準表４（５）】

サービスの提供が困難になった場合の代替、代行の措置について記入してください。

|  |
| --- |
| ①事故の場合の備え・対処体制 |
|  |
| ②自然災害発生時の備え・対処体制 |
|  |
| ③その他（上記以外にアピール点があれば記載してください。） |
|  |

* 記載（別紙不可）すること。

（様式１０）

**食事の種類等について**【選定基準表４（６）】

|  |
| --- |
| 本事業を受託した場合に配食を行うことができる食事について、次の（１）～（５）の表の対応欄に○をつけてください。**＜注意事項＞*** **対応欄に○をつけるのは、見積書（内訳）（様式１３）の委託料で配食できるメニューに限ります。**
* **物性等調整食は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「嚥下調整食分類2021」に該当するメニュー1種類以上に対応してください。**
* **表の内容・項目は適宜追加してください。**
* **事業者の食事やサービス内容等が分かるパンフレット（任意）を1種類まで添付してください。**
 |

1. **アレルギー対応**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 対応 | 具体的な方法 |
| 食物アレルギーのある者への対応 |  | ＜具体的な対応＞＜調理方法＞ |

1. **栄養素等調整食**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 分類 | 内容 | 対応 | 見積書上のメニュー名 |
| エネルギー量の調整 | 　　　　　kcal以内 |  |  |
| たんぱく質量の調整 | たんぱく質　　　g以内 |  |  |
| 塩分相当量の調整 | 塩分相当量　　　g以内 |  |  |
| その他（　　　　） |  |  |  |

* 対応可としたメニューについて、内容欄に各栄養成分の摂取量基準を記入すること。
1. **物性等調整食**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学会分類２０２１ |  | 対応 | 見積書上のメニュー名 |
| 嚥下訓練食品０ｊ | たんぱく質含有量が少ないゼリー |  |  |
| 嚥下訓練食品０ｔ | 中間～濃いとろみたんぱく質含有量が少ない |  |  |
| 嚥下調整食１ｊ | たんぱく質含有量は問わないプリン・ゼリー・ムースなど |  |  |
| 嚥下調整食２－１ | 均質でなめらかなもの（あまりさらさらしすぎないこと） |  |  |
| 嚥下調整食２－２ | やわらかい粒等を含む不均質なもの |  |  |
| 嚥下調整食３ | 形はあるが、歯や入れ歯がなくとも口腔内で押しつぶし、食塊形成が容易なもの |  |  |
| 嚥下調整食４ | 形があり、かたすぎず、ばらけにくく、張り付きやすいもの。箸で切れるやわらかさ |  |  |

* ０ｊ、１ｊ…物性に配慮した離水の少ないもの
* ２－１、２－２…べたづかず、まとまりやすいミキサー食、ペースト食など
1. **普通食及び栄養等調整食の食形態**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 分類 | 食形態 | 対応 | 見積書上のメニュー名 |
| 米飯などの主食 | 普通 |  |  |
| 軟飯 |  |  |
| 粥 |  |  |
| 主菜・副菜等 | 普通食 |  |  |
| 一口大 |  |  |
| 刻み |  |  |
| その他（　　　　） |  |  |  |

* 食形態を、上記の区分より細かく対応できる場合は、例えば「粥（１０倍がゆ、７倍がゆ、５倍がゆ）」や「刻み（１ｃｍ以上、５ｍｍ以上、５ｍｍ未満）」など、欄を追加し対応できる内容を具体的に記載すること。
1. **食事の量**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 分類 | 内容 | 対応 | 見積書上のメニュー名 |
| 主食の量又は種類の調整 |  |  |  |
| 主食以外（主菜・副菜等）の量又は種類の調整 |  |  |  |
| その他（　　　　） |  |  |  |

（様式１１）

**献立（令和６年１０月分実績）**【選定基準表４（７）】

* 食事の種類は常温普通食とします。
* 令和６年１０月分（１か月分）の献立を添付してくだい。任意の様式で構いませんが、必ず下の表にある項目を記載してください。様式がない場合は下の表に欄を追加し記載してください。
* 献立は、日本人の食事摂取基準（２０２０年版）の７５歳以上（身体活動レベルⅠ）の男女の平均カロリーを１食換算した５３３㎉を基準とします。
* 材料と栄養素については、１食分の総計を記入してください（料理ごとに分ける必要はありません）。
* 献立案のメニューの中から、試食審査用の弁当を作成することとし、試食審査用の弁当メニューの完成写真（カラー）を添付してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 | 献立名 | 材料名 | エネルギー(kcal) | たんぱく質(g) | 食塩相当量(g) |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |

（様式１２）

課題に対する提案【選定基準表５】

|  |
| --- |
| 課題：在宅生活をする高齢者では、年齢階級が上がるほど低栄養傾向者の割合が高くなることから、低栄養防止のために、高齢者が1回に食べられる食事量、咀嚼機能等の身体状況、摂取しにくい栄養素、味付け等にも留意し、日々の食事の中で主食、主菜、副菜を組み合わせて食品摂取の多様性を確保することが重要です。食品摂取の多様性を確保するための方策を示してください。 |
|  |

（様式１３）

**見積書（内訳）**【選定基準表６】

【添付書類】

**見積書**

* 普通食を１食配食する場合の単価（税込）を基準とし、利用者負担額を引いた額を市委託料として記載してください。
* 任意様式とし、宛先は我孫子市長宛で作成してください。
* 社印・代表者印を押印してください。

**＜注意事項＞**

* 食事の種類ごとに表を作成してください。
* 必要に応じて表は追加、削除してください。
* メニューごとに１食配食する場合の単価（税込）が異なる場合は、それぞれ表を追加し記載してください。ただし、市委託料は普通食を基準として固定とします。
* 食形態や量の調整等に追加料金がかかる場合は利用者負担としますが、別途記載してください。
1. 普通食

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| メニュー | １食配食する場合の単価（税込） |  | 利用者負担額 |  | 市委託料 |
| （　　　　　　） | A円 | － | 400円 | ＝ | B 　　　円 |
| 項目 | 金額 |
| 食材料費 |  |
| 調理にかかる人件費 |  |
| 人件費以外の調理費 |  |
| 配送費 |  |
| 連絡調整費 |  |
| その他事務所経費 |  |
| 合計 |  |

1. 栄養素等調整食

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| メニュー名 | １食配食する場合の単価（税込） |  | 利用者負担額 |  | 市委託料 |
| （　　　　　　） |  | － | 　　　　　　　　円 | ＝ | B 　　　円※普通食と同じ |
| 項目 | 金額 |
| 食材料費 |  |
| 調理にかかる人件費 |  |
| 人件費以外の調理費 |  |
| 配送費 |  |
| 連絡調整費 |  |
| その他事務所経費 |  |
| 合計 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| メニュー名 | １食配食する場合の単価（税込） |  | 利用者負担額 |  | 市委託料 |
| （　　　　　　） |  | － | 　　　　　　　　円 | ＝ | B 　　　円※普通食と同じ |
| 項目 | 金額 |
| 食材料費 |  |
| 調理にかかる人件費 |  |
| 人件費以外の調理費 |  |
| 配送費 |  |
| 連絡調整費 |  |
| その他事務所経費 |  |
| 合計 |  |

1. 物性等調整食

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| メニュー名 | １食配食する場合の単価（税込） |  | 利用者負担額 |  | 市委託料 |
| （　　　　　　） |  | － | 　　　　　　　　円 | ＝ | B 　　　円※普通食と同じ |
| 項目 | 金額 |
| 食材料費 |  |
| 調理にかかる人件費 |  |
| 人件費以外の調理費 |  |
| 配送費 |  |
| 連絡調整費 |  |
| その他事務所経費 |  |
| 合計 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| メニュー名 | １食配食する場合の単価（税込） |  | 利用者負担額 |  | 市委託料 |
| （　　　　　　） |  | － | 　　　　　　　　円 | ＝ | B 　　　円※普通食と同じ |
| 項目 | 金額 |
| 食材料費 |  |
| 調理にかかる人件費 |  |
| 人件費以外の調理費 |  |
| 配送費 |  |
| 連絡調整費 |  |
| その他事務所経費 |  |
| 合計 |  |

1. 〇〇〇

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| メニュー名 | １食配食する場合の単価（税込） |  | 利用者負担額 |  | 市委託料 |
| （　　　　　　） |  | － | 　　　　　　　　円 | ＝ | B 　　　円※普通食と同じ |
| 項目 | 金額 |
| 食材料費 |  |
| 調理にかかる人件費 |  |
| 人件費以外の調理費 |  |
| 配送費 |  |
| 連絡調整費 |  |
| その他事務所経費 |  |
| 合計 |  |

５その他