

港区シニア食堂 実施・支援相談シート

港区シニア食堂（以下「シニア食堂」という。）に係る本シート記載情報は、食品衛生に関する法定等の手続きを簡素化するため、みなと保健所生活衛生課と保健福祉支援部高齢者支援課が共有することをあらかじめご了承ください。

相談者名	団体等の名称： 代表者(相談者)名：
連絡先	電話：① ② メール：

相談に際し、下記の書類を確認しました。（相談前に、各書類を確認し、確認後は ☒ してください。）

- ☐ 港区シニア食堂推進事業補助金交付要綱
☐ 港区シニア食堂の実施に関する区への届出手続きの取扱い方針

港区 HP ▶



1 事業概要についてご回答ください。

（１）名称について（「シニア食堂」として周知等の際に使用する名称をご記入ください。）

名称 _____

（２）運営者について（該当する方に○をし、団体の場合は、種別・名称をご記入ください。）

個人 / 団体 { 団体種別 任意団体 / NPO / 株式会社 / 社会福祉法人
 一般社団法人 / その他（ ）
 団体名称 _____

（３）食事の提供方法について（該当する項目に○をしてください。）

食事提供 / 参加者と一緒に調理 / 弁当提供 / その他（ ）

（４）会食以外の活動について（該当する項目に○をし、「有」の場合は内容をご記入ください。）

① 「高齢者の心身の健康増進や安全安心な日常生活に資する講座等の開催」について

☒ 高齢者に特に必要な栄養講座、高齢者向け健康促進講座（運動など）、歌、体操の講座

実施予定 { 頻度： 食堂開催ごと / その他（ ）
 無 / 有 { 内容：（ ）

② 「多世代交流機会の確保など、孤独感の解消や生きがいの増進に資する取組」について

☒ クリスマス交流会、ゲーム大会、ミニコンサート、多世代の方が取り組めるヨガ体操

実施予定 { 頻度： 食堂開催ごと / その他（ ）
 無 / 有 { 内容：（ ）

(5) 開催会場について(該当する項目に○をしてください。)

- ① 所有の有無 所有 / 借用 / その他 ()
② 会場の形態 自宅 / 飲食店 / 会社 / 公共施設 / その他 ()

会場名

住 所 〒 港区

(6) 開催会場の調理設備について(該当する項目に○をしてください。)

無 / 有 (シンク等水まわり / 調理台 / 冷凍冷蔵庫)

※ 調理をする場合は調理設備が必須です。保健所の確認があります。

(7) 立ち上げ費用(新たに発生した(する予定の)費用)について(該当する項目に○をしてください。)

無 / 有 ⇒ 金額: 約 _____ 円

内容: ☐ 電子レンジ ☐ 冷蔵庫 ☐ 調理器具 ☐ 食器類

☐ 調味料(回をまたいで使用する量) ☐ その他 ()

(8) 食品衛生責任者について

講習受講者 _____ 人(他、予定者 _____ 人) / 免許保持者 _____ 人(他、予定者 _____ 人)

※ 食品衛生責任者は毎回常駐してください。(資格取得に要する費用は補助対象経費です。)
講習会とは、都道府県知事等が行う講習会または都道府県知事が適正と認める講習会(参考▶)
免許保持者とは、栄養士、調理師、製菓衛生士、船舶料理士等の免許です。

[集合型] [e-ラーニング型]



(9) 保険加入について(該当する項目に○をし、保険名等をご記入ください。)

加入予定 / 加入済み 保 険 名: 行事保険 / その他 ()

保険会社: 東京都社会福祉協議会 / その他 ()

※ 食中毒やケガなどの発生に備え、加入をお願いします。(保険に要する費用は補助対象経費です。)
港区シニア食堂推進事業補助金の申請には、保険加入が条件となっています。

保険の例 港区社会福祉協議会 ボランティア保険・行事保険の受付
<http://minato-cosw.net/service/insurance/>

港社協 HP ▶



2 事業予定についてご回答ください。

(1) 初回開催日時について(該当する方に○をし、予定日時をご記入ください。)

未定 / 予定有 ⇒ _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

(2) 開催頻度について

月 _____ 回 ⇒ 第 _____ 曜日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

第 _____ 曜日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

(3) 対象について (該当する項目に○をしてください。)

会食について

- ① 地域住民 (【高齢者】は必須です。高齢者の年齢区分及びそのほか該当する区分に○をしてください。)
⇒ 高齢者 (75 歳以上) / 高齢者 (65~74 歳) / 大人 (18~64 歳) / 子ども (18 歳未満)
- ② 専門職 (ケアマネジャー、作業療法士 等) ③ 関係機関職員 (いきいきプラザ職員 等)
- ④ その他 ()

会食以外の活動について (本紙の1 (4) で「実施予定 有」と回答した場合にご記入ください。)

- ① 地域住民 (【高齢者】は必須です。高齢者の年齢区分及びそのほか該当する区分に○をしてください。)
⇒ 高齢者 (75 歳以上) / 高齢者 (65~74 歳) / 大人 (18~64 歳) / 子ども (18 歳未満)
- ② 専門職 (ケアマネジャー、作業療法士 等) ③ 関係機関職員 (いきいきプラザ職員 等)
- ④ その他 ()

(4) 参加人数(定員)について (該当する人数に○をし、31 人以上は人数をご記入ください。) ※会場の定員を遵守してください。

10 人 / 11~20 人 / 21~30 人 / 31 人以上 (_____ 人)

(5) 運営人数について (スタッフの人数をご記入ください。)

1 回あたり _____ 人 (内、区内在住の高齢者 (65 歳以上) _____ 人)

(6) 周知方法について (該当する項目に○をしてください。)

未定 / ポスター・チラシ / ホームページ / SNS / その他 ()

⇒ 掲示・配付場所 { ☐ いきいきプラザ ☐ 高齢者相談センター
() ()
☐ その他 ()

(7) 参加者の申込方法について (該当する項目に○をしてください。) ※食材準備や感染対策など考慮し事前申込制でお願いします。

電話 / FAX / メール / WEB / その他 ()

(8) 参加費について (該当する方に○をし、有料の場合は金額をご記入ください。) ※実費を超える対価は徴収できません。

- | | | | |
|-------------------------|---|---------|---------|
| ① 地域住民：高齢者 (65 歳以上) | : | 無料 / 有料 | _____ 円 |
| ② 地域住民：大人 (18 歳~64 歳) | : | 無料 / 有料 | _____ 円 |
| ③ 地域住民：子ども (18 歳未満) | : | 無料 / 有料 | _____ 円 |
| ④ 専門職 (ケアマネジャー、作業療法士 等) | : | 無料 / 有料 | _____ 円 |
| ⑤ 関係機関職員 (いきいきプラザ職員 等) | : | 無料 / 有料 | _____ 円 |
| ⑥ その他 () | : | 無料 / 有料 | _____ 円 |

3 連絡会への参加予定についてご回答ください。

※ 団体は、区が開催し、又は関与する地域ケア会議、生活支援体制整備事業の協議体等、高齢者支援に関わる他の関係機関等との連絡会への参加に努めること。(要綱第2条第1項 (8))

(1) 参加 (傍聴含む) 予定の連絡会等について (該当する項目に○をしてください。)

未定 / 地域ケア会議 / 生活支援体制推進会議 (第一層会議・第二層会議) / その他 ()

(2) 参加予定の時期について (該当する項目に○をしてください。)

未定 / 予定有 ⇒ _____ 月頃

4 意識啓発等の実施予定についてご回答ください。

※ シニア食堂のスタッフは、区等が年1回以上提供する機会を活用し、高齢者の見守りに係る意識の向上に努めること。(要綱第2条第1項(9))

(1) 意識啓発等の予定について(該当する項目に○をしてください。)

※ 事業の趣旨を鑑み、「高齢者等見守りサポーター養成研修」及び「認知症サポーター養成講座」は、特に積極的にご活用ください。

未定 / 高齢者等見守りサポーター養成研修 / 認知症サポーター養成講座 / 周知物の確認 / 介護予防(リーダー・サポーター・コネクター)養成講座 / その他()

(2) 意識啓発等の予定時期について(該当する項目に○をしてください。)

未定 / 予定有 ⇒ _____月頃

5 相談窓口の周知予定についてご回答ください。

※ シニア食堂のスタッフは、シニア食堂の開催時には、参加者に対し、区の高齢者福祉サービスや地域包括支援センター等の高齢者支援に関わる相談窓口を周知するとともに、参加者の生活状況を把握し相談に応じ、必要に応じてニーズに対応した関係機関につなげること。(要綱第2条第1項(10))

(1) 相談窓口の周知内容について(該当する項目に○をしてください。)

未定 / 高齢者相談センター(リーフレット) / その他()

(2) 参加者への周知予定時期について(該当する項目に○をしてください。)

未定 / 予定有 ⇒ _____月頃

6 その他

(1) シニア食堂開設必要書類等

	資 料 名	社協→ 相談者	相談者(提出) →社協	社協(受付印) →相談者	社協(回送) →区(収受印)	区→ 保健所	保健所→ 相談者
1	シニア食堂(開始・変更・休止・廃止)届 【シニア食堂届】	/	/	/	/	/	—
2	小規模給食施設、ボランティア給食における 食事の提供(開始・変更・廃止)届 【給食届】	/	/	/	/	/	/
3	食品衛生法による営業の許可・届出を必要としない 小規模給食・ボランティア給食を始められる皆さんへ (東京都福祉保健局発行:パンフレット)	/	—	—	—	—	(/)

※ 社協(生活支援コーディネーター/社会福祉協議会)、相談者(申込者)、区(高齢者支援課)、保健所(生活衛生課)

(2) その他 確認事項・特記事項等

【処理欄】

課 名	対 応 日	対 応 者	備 考
社協	月 日		
区	月 日		
保健所	月 日		