

様式2 あひるバンク支援品給付申請書

令和 4 年 9 月 1 日

社会福祉法人 下呂福祉会 理事長 殿

あひるバンクより、以下支援品の支給を希望いたします。

希望品目	希望物資名	希望数量
紙オムツ	紙オムツ(M サイズ)	20 枚
尿取パット	尿取りパット(昼用、2 回吸収)	30 枚
尿取パット	尿取りパット(夜用、4 回吸収)	30 枚

氏名 下呂 太郎

〒 509-2506

住所 下呂市萩原町羽根〇〇〇-▽▽

電話番号 ▽▽-◇◇◇◇

(受領印)

(受付) 介護支援事業所担当者 ○〇介護サポート(株) 福祉 花子 TEL : ▽▽-■ ■ ■ ■ ■

(事務局使用欄) =====

本給付申請について、以下の通り対応する。

- 1、申請希望通り給付する
- 2、数量を変更したうえで給付する
- 3、給付を見送る

(理由)

理事長	本部	施設長	合議	台帳入力	受付