整理番号

令和　　年　　月　　日

　門　真　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等所在地（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　不在者投票管理経費

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者・氏名

不　在　者　投　票　管　理　経　費　請　求　書

　令和　年　月　日執行の　　　　　　　選挙における不在者投票管理経費として下記の金額を請求します。

記

１　請求金額総計　　　　　　　　　　円（１人　1,073円×　　　人分）

（参考）投票時における入院（入所）中の人数人

２　振込口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　　　 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）振込銀行名 |  |
| 銀行・信金　　　　　　　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　　 信組・その他 |
| 預金種別 | １　普通　　２　当座　 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  （ﾌﾘｶﾞﾅ）口座名義 |  |
|  |
| 事務担当者名 |  | 電話番号 |  |

注１　所在地、名称等は、必ず正式名称を記入してください。

注２　口座名義は、省略せずに必ず銀行届出のとおり正確に記入してください。

注３　「ゆうちょ銀行」の場合は、通帳に記載されている口座番号（記号・番号）は、そのまま振込用の口座番号としては使用できません。振込用の「店名・口座番号」が不明な場合は、ゆうちょ銀行・郵便局の窓口又はＨＰ等で御確認の上記入してください。

注４　不在者投票管理経費請求者又は振込口座の名義人（受取人）が不在者投票管理者（指定施設の長）と異なる場合は、下記委任状に御記入ください。

令和　　年　　月　　日

門　真　市　長　様

（〒－）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等所在地（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　不在者投票管理者氏名

委 　任 　状

令和５年４月23日執行の　門真市議会議員選挙　における不在者投票管理経費の

　[①請求 ・　② 受領　・③　請求及び受領]について、

法人の名称及び

代表者の職氏名

（氏名）

所在地

（住所）

に委任します。