|  |
| --- |
| 不在者投票管理経費請求書記載例等 |

記載例①　院長又は施設長の**不在者投票管理者が請求・費用受領を行う**場合

記載例②　医療法人・社会福祉法人等の理事長等、**不在者投票管理者以外の者が請求・費用受領の両方を行う**場合**（ ※ 委任状の記入必要　）**

記載例③　院長又は施設長の**不在者投票管理者が請求**し、医療法人・社会福祉法人等の理事長等、**不在者投票管理者以外の者が費用受領を行う**場合（請求者と受領者が異なる場合）**（ ※ 委任状の記入必要　）**

※ 請求書に不備がある場合、支払が遅れることがありますので、必ずお読みください。

**記載例①　院長名又は施設長名で請求・費用受領を行う場合**

**記載不要**

整理番号

◇不在者投票を行った日以降の日付

令和　　年　　月　　日

◇運営法人名と施設名を記載

門　真　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒**５71**－**8585**）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等所在地（住所）　**門真市中町１番１号**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ　**イリョウホウジン　　　　 マルマルカイ　　　ペケペケビョウイン**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等の名称　**医療法人　○○会　××病院**

◇施設印は不可

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　不在者投票管理経費

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者・氏名　**院長　門真 太郎**

不　在　者　投　票　管　理　経　費　請　求　書

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として下記の金額を請求します。

記

１　請求金額総計　　　**１２，８７６**　円（１人　1,073円×　**１２**　人分）

（参考）投票時における入院（入所）中の人数**20**人

２　振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  振込銀行名 | **カ　　ク　　カ　　ク**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**マ　　ル　　マ　　ル** | | | | | | | | |
| **□　　□**　 　銀行・資金　　　　　　　**○　　○**　　　支店  　　　　　　　　　　　　　　 信組・その他 | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通　　２　当座 | 口座番号 | **０** | **０** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  口座名義 | ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝ　ﾏﾙﾏﾙｶｲ　 ﾍﾟｹﾍﾟｹﾋﾞｮｳｲﾝ　ｲﾝﾁｮｳ　　ｶﾄﾞﾏ　ﾀﾛｳ | | | | | | | | |
| **医療法人　○○会　××病院　　院長　門真 太郎** | | | | | | | | |
| 事務担当者名 | **門真　一郎** | 電話番号 | **０６－６９02－6990** | | | | | | |

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。

**記載例②　医療法人・社会福祉法人等の理事長等が請求・費用受領の両方を行う場合**

◇不在者投票を行った日以降の日付

**記載不要**

整理番号

令和　　年　　月　　日

門　真　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒**５71**－**８５85**）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等所在地（住所）　**門真市中町１番１号**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ　**イリョウホウジン　　　　 マルマルカイ**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等の名称　**医療法人　○○会**

◇法人印は不可

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　不在者投票管理経費

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者・氏名　**理事長　門真　次郎**

不　在　者　投　票　管　理　経　費　請　求　書

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として下記の金額を請求します。

記

１　請求金額総計　　　**１２，８７６**　円（１人　1,073円×　**１２**　人分）

（参考）投票時における入院（入所）中の人数**20**人

２　振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  振込銀行名 | **マ　　ル　　マ　　ル**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**カ　　ク　　カ　　ク** | | | | | | | | |
| **○　　○**　　銀行・信金　　　　　　　  **□　□ 支店**  信組・その他 | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通　　２　当座 | 口座番号 | **０** | **０** | **５** | **４** | **３** | **２** | **１** |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  口座名義 | ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝ　ﾏﾙﾏﾙｶｲ　　　リジチョウ　カドマ　　ジロウ | | | | | | | | |
| **医療法人　○○会　　理事長　門真　次郎** | | | | | | | | |
| 事務担当者名 | **門真　一郎** | 電話番号 | **０６－６９02－6990** | | | | | | |

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。

◇請求書の日付と同日

令和　　年　　月　　日

　門　真　市　長　　様

◇運営法人名と施設名を記載

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒**５71**－**８５85**）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等所在地（住所）　**門真市中町１番１号**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ　**イリョウホウジン　　　　 マルマルカイ　　　ペケペケビョウイン**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等の名称　**医療法人　○○会　××病院**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　不在者投票管理者氏名　**院長　門真 太郎**

委 　任 　状

◇施設印は不可

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）

**医療法人　○○会**

**理事長　　門真　次郎**

**門真市中町１番１号**

に委任します。

**記載例③　院長名又は施設長名で請求し、理事長等が費用受領を行う場合**

◇不在者投票を行った日以降の日付

**記載不要**

整理番号

◇運営法人名と施設名を記載

令和　　年　　月　　日

門　真　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒**５71**－**８５85**）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等所在地（住所）　**門真市中町１番１号**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ　**イリョウホウジン　　　　 マルマルカイ　　　ペケペケビョウイン**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等の名称　**医療法人　○○会　××病院**

◇施設印は不可

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　不在者投票管理経費

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者・氏名　　**院長　門真 太郎**

不　在　者　投　票　管　理　経　費　請　求　書

　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として下記の金額を請求します。

記

１　請求金額総計　　　**１２，８７６**　円（１人　1,073円×　**１２**　人分）

（参考）投票時における入院（入所）中の人数**20**人

２　振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  振込銀行名 | **マ　　ル　　マ　　ル**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**カ　　ク　　カ　　ク** | | | | | | | | |
| **○　　○**　　銀行・信金　　　　　　　　**□　□**支店  信組・その他 | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通　　２　当座 | 口座番号 | **０** | **０** | **５** | **４** | **３** | **２** | **１** |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  口座名義 | ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝ　ﾏﾙﾏﾙｶｲ　　　リジチョウ　 カドマ　ジロウ | | | | | | | | |
| **医療法人　○○会　　理事長　門真　次郎** | | | | | | | | |
| 事務担当者名 | **門真　一郎** | 電話番号 | **０６－６902－６990** | | | | | | |

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。

◇請求書の日付と同日

　令和　　年　　月　　日

　門　真　市　長　　様

◇運営法人名と施設名を記載

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒**５71**－**８５85**）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等所在地（住所）　**門真市中町１番１号**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ　**イリョウホウジン　　　　 マルマルカイ　　　ペケペケビョウイン**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等の名称　**医療法人　○○会　××病院**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　不在者投票管理者氏名　**院長　門真 太郎**

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

◇施設印は不可

ついて、

法人の名称及び

代表者の職氏名

（氏名）

**医療法人　○○会**

**理事長　　門真　次郎**

所在地

（住所）

**門真市中町１番１号**

に委任します。