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６年７月７日執行の門真市長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６年７月７日執行の　門真市長選挙　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。