(様式８)**【記載例】**

捨　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　　求　　書令和**６**年**10**月**31**日岩手県知事　**○○　○○**　様**○　請求者**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の所在地 | 〒**０２０－００２３****岩手県盛岡市内丸１０番１号** |
| 施設の名称（Ａ） | **医療法人社団盛岡会　石割桜病院** |
| 施設の代表者（Ｂ） | 　職　： | **院長** |
| 氏　名： | **岩手　太郎**　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |
| ＴＥＬ | **０１９－○○○－○○○○** | ＦＡＸ | **０１９－○○○－××××** |

※請求者は、不在者投票管理者となりますので、施設の所在地、名称欄には、病院、老人ホーム等（いわゆる指定病院等）の施設の　　所在地と名称を、施設の代表者職氏名欄には、病院長、老人ホームの長等（不在者投票管理者）の職と氏名を記載してください。令和６年10月27日執行の第50回衆議院議員総選挙・第26回最高裁判所裁判官国民審査及び参議院岩手県選出議員補欠選挙の不在者投票に要した経費として、下記のとおり請求します。　　　　**金　　４８，２８５　円**　（内訳　＠1,073円×　**４５**人【内、衆のみ**２**人、参のみ**３**人】）　**○　請求金額振込先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先銀行等名 | **○　×**　銀　行　**△　□**　支　店 | 預金種別 | 普通・当座・その他 |
| フ　リ　ガ　ナ | **ｲ)　ﾓﾘｵｶｶｲ** | 口座番号 | **１２３４５６７** |
| 口座名義 | **医療法人社団　盛岡会****理事長　岩手　太郎** |

　（口座名義は、通帳の記載のとおり正確に記入願います。）※　代表者と口座名義人が異なる場合は、次の欄にも記入してください。

|  |
| --- |
| 上記名義人の口座へ振り込み願います。同じ方であっても、法人の理事長の立場と病院等の施設長の立場は異なるので、記入・押印願います。 |
| 施設の名称（Ａ） | **医療法人社団盛岡会　石割桜病院** |
| 施設の代表者（Ｂ） | 　職　：　**院長**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　**岩手　太郎**　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

 |

　備考１　請求書は１部提出してください。

　　　２　不在者投票者名簿（別紙）を添付してください。

　　　３　支払不能の防止のため、口座名義(カナ)及び口座番号を確認できる通帳のページの写しを添付してください。

　　　４　投票日後20日以内に請求してください。

(別　　紙)**【記載例】**

不在者投票者名簿(不在者投票についての内訳)

施設の名称　**医療法人社団盛岡会　石割桜病院**

No.**１／２**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選挙人の住所 | 不在者投票を行った選挙人氏名 | 備考 |
| **盛岡市ＡＡ町１－１** | **○山　○夫** |  |
| **盛岡市ＡＢ町２－１**～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～ | **○川　○子** |  |
|  |  |  |
| **盛岡市ＡＸ町24－１** | **○野　○郎** | **参議院岩手県選出議員補欠選挙のみ** |
| **盛岡市ＡＹ町25－１** | **○木　○美** |  |

(計　　　　**２５**人)

(合計　　　　　人)

不在者投票者名簿(不在者投票についての内訳)

施設の名称　**医療法人社団盛岡会　石割桜病院**

No.**２／２**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選挙人の住所 | 不在者投票を行った選挙人氏名 | 備考 |
| **盛岡市ＡＺ町26－１** | **○田　○恵** |  |
| **盛岡市ＢＡ町27－１** | **○原　○太** | **参議院岩手県選出議員補欠選挙のみ** |
|  |  |  |
| **盛岡市ＢＮ町35－１** | **□島　□子**～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～ |  |
| **盛岡市ＢＯ町36－１** | **□宮　□夫** | **衆議院議員総選挙・最高裁判所裁判官国民審査のみ** |
| **宮古市ＢＰ町37－１** | **□岡　□美** | **〃** |
| **大船渡市ＢＱ町38－１** | **□松　□郎** |  |
| **花巻市ＢＲ町39－１** | **□橋　□恵** |  |
| **陸前高田市ＢＳ町40－１** | **□藤　□太** | **参議院岩手県選出議員補欠選挙のみ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(計　　　　**２０**人)

(合計　　　**４５**人)

(様式９)**【記載例】**

捨　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　　求　　書令和**６**年**10**月**31**日岩手県知事　**○○　○○**　様Ｐ11、12の例３のように、市（町）選挙の不在者投票も実施した場合で、県と市に請求する場合は、公費負担総額（県と市への請求金額合計）と、県に請求する金額を記載してください。**○　請求者**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の所在地 | 〒**０２０－００２３****岩手県盛岡市内丸１０番１号** |
| 施設の名称（Ａ） | **医療法人社団盛岡会　石割桜病院** |
| 施設の代表者(Ｂ) | 　職　： | **院長** |
| 氏　名： | **岩手　太郎**　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| ＴＥＬ | **０１９－○○○－○○○○** | ＦＡＸ | **０１９－○○○－××××** |

※請求者は、不在者投票管理者となりますので、施設の所在地、名称欄には、病院、老人ホーム等（いわゆる指定病院等）の施設の　所在地と名称を、施設の代表者職氏名欄には、病院長、老人ホームの長等（不在者投票管理者）の職と氏名を記載してください。令和６年10月27日執行の第50回衆議院議員総選挙・第26回最高裁判所裁判官国民審査及び参議院岩手県選出議員補欠選挙の不在者投票立会人の立会いに要した経費として、下記のとおり請求します。　　　　**金　　２，５６５　円**（公費負担総額　**3,847**円のうち　**2,565**円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実 | 立会日 | 令和**６**年**10**月**24**日 | 立会場所 | **石割桜病院○○会議室内** |
|  | 立会時間 | **午後１**時**30**分～　**４**時**00**分 |
| 績 | 不在者投票者総数　　　　　　　**４５**人 | 立会人氏名 | **北上　花子** |

　**○　請求金額振込先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先銀行等名 | **○　×**　銀　行　**△　□**　支　店 | 預金種別 | 普通・当座・その他 |
| フ　リ　ガ　ナ | **ｲ)　ﾓﾘｵｶｶｲ** | 口座番号 | **１２３４５６７** |
| 口座名義 | **医療法人社団　盛岡会****理事長　岩手　太郎** |

　（口座名義は、通帳の記載のとおり正確に記入願います。）　※　代表者と口座名義人が異なる場合は、次の欄にも記入してください。

|  |
| --- |
| 上記名義人の口座へ振り込み願います。同じ方であっても、法人の理事長の立場と病院等の施設長の立場は異なるので、記入・押印願います。 |
| 施設の名称（Ａ） | **医療法人社団盛岡会　石割桜病院** |
| 施設の代表者(Ｂ) | 　職　：　**院長**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　**岩手　太郎**　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

 |

　備考１　請求書は１部提出してください。

　　　２　不在者投票者名簿（別紙）、立会人に係る市町村の選定通知の写し、謝金領収書等の写しを添付してください。

　　　３　支払不能の防止のため、口座名義（カナ）及び口座番号を確認できる通帳のページの写しを添付してください。

　　　４　投票日後20日以内に請求してください。