(様式１)

(注)　記載に当たっては、あらかじめ、裏面に書いてある注意事項を読んでから記載してください。

指定病院等の長が請求する投票用紙及び投票用封筒

請　求　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 選挙人名簿に記載されている住所 | 選　挙　人　氏　名 | 生　年　月　日 | 備　　　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

上記の選挙人は、令和　年　月　日執行の　　　　　　　　　　選挙の当日、当　　　　　　　　　　　にあるため、

当　　　　　　　　　　　において投票する見込みであり、公職選挙法施行令第50条４項(第51条第２項において準用する第50条第４項)の規定による依頼があったので、上記の選挙人に代わって、投票用紙(船員の不在者投票用紙)及び投票用封筒の交付を請求します。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　－　　　ＴＥＬ　　　（　　　）

住　　　所

名　　　称

氏　　　名

　　　　　　　　　　　選挙管理委員会委員長　　　　　　　様

(注)下記の欄には記載しないでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 委　員　長 | 書記長（局長） | 書　　記 | 担　当　者 | |
|  |  |  | 月日 |  |

〔様式１の裏面〕

**記　載　上　の　注　意　事　項**

１　選挙人から公職選挙法施行令第50条第３項の申立て（点字によって投票しようとする旨の申立て）の依頼があった場合は、備考欄に「点字」と記載してください。

２　都道府県の議会の議員又は長の選挙において、令第50条第５項の申請（引き続き都道府県内に住所を有することの確認の申請）をする場合は、備考欄に「引続居住」と記載してください。

３　投票用紙等の請求をしない選挙がある場合には、不要部分（請求しない選挙の名称）を消し、また、備考欄にその旨を記載してください。

４　「当　　　　　」及び名称欄には、病院、老人ホーム、船舶その他施設の名称を記載してください。

５　氏名欄には、不在者投票管理者である病院の院長、老人ホームの長、船長等（又はその代理者）の氏名を記載してください。

(様式２)

|  |
| --- |
| 投票用紙及び投票用封筒の請求依頼書  令和　　　年　　　月　　　日  　不在者投票管理者（指定病院等の長）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  選挙人名簿に記載  されている住所  指定病院等の名称  氏　　　　　名  生　年　月　日　　　　　　年　　　月　　　日　生  　令和　年　月　日執行の　　　　　　　　選挙において不在者投票を行いたいので、投票用紙及び投票用封筒の請求を依頼します。 |

（注）依頼人が多数ある場合には、一覧表としても差し支えないこと。

(様式３)

（注）記載に当たっては、あらかじめ、裏面に書いてある注意事項を読んでから記載してください。№

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求書兼宣誓書  　私は、令和　年　月　日執行の　　　　　　　　選挙の当日、下記のいずれかの事由に該当する見込みであり、   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 都道 | 郡市 | 町 |  | |  |  |  | において不在者投票をしたいので、 | | 府県 | 区 | 村 |  |   投票用紙及び不在者投票用封筒の交付を請求します。  ○仕事、学業、地域行事、冠婚葬祭その他の用務に従事  ○用事又は事故のため、投票所のある区域の外に外出・旅行・滞在  ○疾病、負傷、出産、老衰、身体障害等のため歩行が困難又は刑事施設等に収容  ○交通至難の島等に居住・滞在  ○住所移転のため、本市町村以外に居住  ○天災又は悪天候により投票所に到達することが困難  上記は、真実であることを誓います。  　　令和　　年　　月　　日   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 現　住　所 | | **〒** |  | |  | | |  | － |  |  |  |  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | （　　　　）　　　－　　　　（郵送で請求する場合のみ記載してください。） | | | | | | | | | | | | | | | 選挙人名簿に記載  されている住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明治  大正  昭和  平成 | | 年　　　月　　　日　　生 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |  | | | | | | | |   　　　　　　　　　　　　　　　　選挙管理委員会委員長　様 |

注）下記の欄には記載しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決  裁 | 委員長 | 書記長 (局長) | 書　記 | 担　当　者 | |  | 名　　簿　　対　　照 | | | 不在事由 |
|  |  |  | 月  日 |  | 第　　投票区 | 第　　分冊 | 登録番号  第　　　号 | 法第48条の２  第１項  第号 |

〔様式３の裏面〕

**〔記載上の注意〕**

１　電話番号欄は、投票用紙及び投票用封筒を郵便で請求する場合のみ記載してください。ご請求の有無を確認させていただくことがありますから、確実に連絡のつくところのものを記載してください。

２　選挙人名簿に記載されている住所欄は、現住所と異なる場合のみ記載してください。

　　　　　　　　　「明治

３　生年月日欄中の　大正　は、いずれか該当するものを○で囲んでください。

　　　　　　　　　　昭和

　　　　　　　　　　平成」

（様式４）　**不在者投票用封筒**

〔外封筒〕

|  |  |
| --- | --- |
| 裏 | 表 |
| 立会人氏名  ○○　○○  不在者投票管理者職（船舶その他の施設にあっては、名称及び職）・氏名  何々（指定病院等の）長　○○　○○  投票年月日　令和○年○月○日　投票場所　○○病院○会議室 | 何　　選　　挙  不　在　者　投　票  （外　封　筒）  **県市町村**  **選挙管理**  **委員会印**  投票者氏名  ○○　○○  代理投票の仮投  票における代理  記載人氏名  　注意　　投票者氏名欄の氏名は必ず  　　　　　自分で書いてください。 |

〔内封筒〕

|  |  |
| --- | --- |
| 裏 | 表 |
|  | (内　封　筒)  注意　この封筒には、何も記載  しないでください。  　　　この封筒に記載ずみの  　　　投票用紙を入れ、封を  　　　したうえ、外封筒に入  　　　れてさらに封をしてく  　　　ださい。 |

備考１ 代理投票の仮投票の場合においては、外封筒の表面左下段に「代理記載人氏名」を記載しなければならない。

　　２ 記載済みの投票用紙は内封筒に入れ､封をしたうえ、さらに外封筒に入れて封をするものとする。

(様式５)

不　在　者　投　票　証　明　書

|  |  |
| --- | --- |
| 選挙人の氏名 |  |
| 選挙人の生年月日 | 明治  大正　　　　年　　　　月　　　　日生  昭和  平成 |
| 投票しようとする病院、老人ホームその他の施設の名称 | 都道　　　　　　　郡市　　　　　　　町  　　　　　府県　　　　　　　　区　　　　　　　村  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地 |
| その他の事項 |  |
| 選挙 | 令和　　　年　　　月　　　日執行　　　　　　　　　　　　　　選挙 |

上記のとおり証明する。

　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　選挙管理委員会委員長　　　氏　　　　　名　　　　㊞

(様式６)**不在者投票証明書用封筒**

裏　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　表

　　注意　　この封筒は、開かずそのまま不在者投票

　　　　　　管理者に提出してください。

　　　　　　開封すると不在者投票はできません。

選挙人　　　　○○　○○

　　　　　　　　　　不在者投票証明書在中

　何市町村選挙管理委員会委員長　　　○○　○○　　印

(様式７)

不在者投票事務処理簿

〇〇〇〇選挙

指定病院等の名称

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理番号① | 市町村名  ② | 選挙人氏名  ③ | 選挙人から請求依頼があった年月日  ④ | 選挙管理委員会に代理請求した年月日  ⑤ | 選挙管理委員会から投票用紙等の交付を受けた年月日⑥ | 選挙人に投票用紙等を渡した年月日  ⑦ | 投票をした年月日  ⑧ | 投票を送致した年月日  ⑨ | 備考  ⑩ |
|  |  |  | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(注)　１　選挙人自ら投票用紙等を依頼したものについては、④～⑦欄に斜線を引くこと。

　　　２　備考欄には、本人・代理投票の別を記入すること。

(様式８)

捨　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　　求　　書  令和　　年　　月　　日  岩手県知事　　　　　　　　様  **○　請求者**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 施設の所在地 | | 〒　　　　－ | | | | | 施設の名称（Ａ） | |  | | | | | 施設の代表者(Ｂ) | | 職　： |  | | | | 氏　名： | ㊞ | | | | ＴＥＬ | －　　　　－ | | | ＦＡＸ | －　　　　－ |   ※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　年　月　日執行の　　　　　　　　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　　　　　　　　円**　（内訳　＠1,073円×　　　　　　　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 |  | 口座  番号 |  | | 口座名義 |  |   　（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。 | | | 施設の名称（Ａ） |  | | 施設の代表者(Ｂ) | 職　：  氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |

　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)

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

No.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選挙人の住所 | 不在者投票を行った  選挙人氏名 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(計　　　　　　人)

(合計　　　　　人)

(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）  **○　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** |  |
| **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** |  |
|  |  |  |
| **盛岡市ＢＮ町35－１** | **□島　□子** |  |
| **盛岡市ＢＯ町36－１** | **□宮　□夫** |  |
| **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** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(計　　　　**２０**人)

(合計　　　**４５**人)

(様式９)

捨　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　　求　　書  令和　　年　　月　　日  岩手県知事　　　　　　　　様  **○　請求者**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 施設の所在地 | | 〒　　　　－ | | | | | 施設の名称（Ａ） | |  | | | | | 施設の代表者(Ｂ) | | 職　： |  | | | | 氏　名： | ㊞ | | | | ＴＥＬ | －　　　　－ | | | ＦＡＸ | －　　　　－ |   ※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　年　月　日執行の　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　円**　（公費負担総額　　　　円のうち　　　　円）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 実 | 立会日 | 令和　　年　　月　　日 | 立会場所 |  | |  | 立会時間 | 時　分～　　　時　分 | | 績 | 不在者投票者総数　　　　　　　人 | | 立会人氏名 |  |   **○　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 |  | 口座  番号 |  | | 口座名義 |  |   　（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。 | | | 施設の名称（Ａ） |  | | 施設の代表者(Ｂ) | 職　：  氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |

　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。

(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**５**年**８**月**29**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。

（様式10）

証明書

住　所

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市

　上記の者は、令和　　年　　月　　日　　岩手県　　　　　　　町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　村

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市

字　　　　　　　　番地から　　　　　　町　の区域内に住所を移し、引き続き住所を

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　村

有する者であることを証明する。

　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　郡　　　　町

　　　　　　　　　　　岩手県　　　　　　　　　　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　市　　　　村