

請 求 書

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

一 金		万	千	百	拾	円
-----	--	---	---	---	---	---

ただし、令和 年 月 日執行の 選挙における不在者投票特別経費として

不在者投票人員 ①	同左1人あたりの 経費 ②	経 費 の 額 ①×②	備 考
人	1,073円	円	

上記金額を請求します。

所 在 地 〒

TEL

フリガナ

指定病院等名

フリガナ

請求者職氏名

この請求書の金額を下記口座に振り込んでください。	
支払店名	銀行 支店
口座番号	当座・普通 No.
カタカナ 口座名義	

委 任 状

不在者投票特別経費の受領を下記の者に委任します。

指定病院等名

請求者職氏名

受 任 者

(口座名義人)

記載上の注意事項

- 不在者投票人員は、投票用紙等の請求のみで実際に不在者投票をしなかった選挙人を算入しないこと。
- 指定病院等名は、法人名から記入すること。
- 請求者職氏名は、不在者投票管理者である病院長等の職氏名を記入すること。
- 「支払店名」の欄は、必ず支店名まで記入すること。
- 「口座名義」の欄は、必ずカタカナで記入すること。
- 請求者（不在者投票管理者である病院長等）と口座名義人が異なる場合には、必ず委任状に記名押印又は署名すること。
- この請求書は、別添「不在者投票者調」とあわせて選挙終了後23日以内（必着）に提出すること。