

## 報 告 書 (兼請求書)

金 円也

ただし、第 27 回参議院議員通常選挙における不在者投票事務に要した郵送料及び事務費  
〔内 訳〕 (1,236 円 × 不在者投票人数 人)上記のとおり報告 (請求) いたします。  
年 月 日※実際に不在者投票をした  
人数を記入してください。

栃木県知事 様

|                                |                                                 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| 病院等の名称<br>(※法人名から記載)           |                                                 |
| 所 在 地                          | 〒<br>電話 ( )                                     |
| 不在者投票管理者<br>(病院等の長)<br>の職・氏名・印 | ※理事長は不在者投票管理者ではありません (下記参照)。<br>フリガナ<br>職名 氏名 印 |

使用する印は、  
法人の理事長  
印や病院・施設  
の印ではなく、  
施設長印 (施設  
長の私印でも  
可) を押印して  
ください。(シ  
ャチハタ不可)

※病院及び介護医療院にあっては院長、老人ホームにあっては施設長が不在者投票管理者  
となります。法人の理事長ではありません。

振込先金融機関 (なるべく前回の選挙の時に使用した口座を記入してください。)

|       |                                |          |               |
|-------|--------------------------------|----------|---------------|
| 金融機関名 | 銀行 支店<br>信用金庫 支所<br>農業協同組合 出張所 | 口座<br>番号 | 普通<br>・<br>当座 |
| フリガナ  | ※一字空けがわかるように記載してください。          |          |               |
| 口座名義  |                                |          |               |

8 月 1 日までに報告願います。

報告担当者名

【委任状】 [不在者投票管理者 (請求者) と振込先口座名義が異なる場合に記入]  
上記不在者投票特別経費の受領を下記のものに委任します。

病 院 等 名 \_\_\_\_\_

請求者職氏名 \_\_\_\_\_ 印

受領者 (口座名義人) \_\_\_\_\_

(注 1) 投票用紙等請求書 (別紙) 用紙による不在者投票事務処理表のコピーを併せて添  
付してください。 ※後日お返しします。

(注 2) 病院等の名称・所在地等は、必ず正式名称等を記入してください。

(注 3) 振込先金融機関名等は、必ず銀行届出のとおり正確に記入してください。

また、口座名義にはフリガナを付してください。

なお、振込先の確認のため、通帳の写し (金融機関名、口座番号、口座名義 (カ  
タカナ) が印字されているページのみ) の添付をお願いします。