

報 告 書 (兼請求書)

金 \_\_\_\_\_ 円也

ただし、令和 5 年 4 月 2 3 日執行の \_\_\_\_\_ 選挙及び \_\_\_\_\_ 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〕 ( 1,073 円 × 不在者投票人数 \_\_\_\_\_ 人)

上記のとおり報告 (請求) いたします。  
令和 5 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。

市 (町) 長 様

病院等の名称 (※法人名から記載)	
所 在 地	〒 _____
	電話 ( _____ )
不在者投票管理者 (病院等の長) 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)。 _____ (フリガナ) _____ 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つては院長、老人ホームにあつ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 信用金庫 支所 農業協同組合 出張所	口座 番号	普通 ・ 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			

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。 ※後日お返しいたします。

(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、口座名義が印  
字されているページのみ) の添付をお願いします。