

令和 年 月 日

彦根市長 あて

不在者投票管理者

住 所 〒 ●●●-■■■■■

彦根市〇〇町△-△

施 設 名 医療法人 〇〇会 〇〇病院

職・氏名 病院長 〇〇 〇〇

電話番号 △△△△-△△-△△△△

不在者投票経費請求書

令和7年4月27日執行の彦根市長選挙に要した不在者投票経費を下記のとおり請求します。

記

請求額 金 5,365 円也

(内訳)

不在者投票をした選挙人 5 人×1,073 円 = 5,365 円 (【内訳書】添付)

振込先

フリガナ 振込先	●●●			■■■■			
	銀行			店			
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7			
フリガナ 口座名義	●●● ●●● ●●●● ●●●● ●●●●						
	医療法人 〇〇会 理事長 〇〇 〇〇						

※不在者投票管理者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に記入してください。

令和 年 月 日	
委 任 状	
代理人 (名 称)	医療法人 〇〇会
(職氏名)	理事長 〇〇 〇〇
私は上記の者を私の代理人と定め、令和7年4月27日執行の彦根市長選挙に要した不在者投票経費の受領の権限を委任します。	
委任者 (施設名)	医療法人 〇〇会 〇〇病院
(職氏名)	病院長 〇〇 〇〇

【留意事項等】

- 記入方法にあたっては別添の「記入例」を参照し、記入漏れや押印漏れのないよう御注意ください。
- 記載内容等について確認させていただくことがありますので、下記に事務担当者の連絡先を御記入ください。

発行責任者	医療法人 〇〇会 〇〇病院 会計課長 〇〇 〇〇	電話番号	△△△△-△△-△△△△
担当者	医療法人 〇〇会 〇〇病院 会計課 〇〇 〇〇		

【内訳書】

施設名 医療法人 ○○会 ○○病院 (No. _____)

不在者投票をした者の内訳

No.	請求年月日	選挙人氏名	選挙人名簿に記載されている住所	生年月日	備考
1	令和7年4月21日	●● ●●	彦根市○○町○○番地○○	昭和○○年○○月○○日	
2	令和7年4月21日	○○ ○○	彦根市○○町○○番地○○	平成○○年○○月○○日	
3	令和7年4月21日	△△ △△	彦根市○○町○○番地○○	平成○○年○○月○○日	
4	令和7年4月21日	□□ □□	彦根市○○町○○番地○○	大正○○年○○月○○日	
5	令和7年4月21日	■ ■ ■ ■	彦根市○○町○○番地○○	昭和○○年○○月○○日	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

注) 請求年月日欄には、彦根市選挙管理委員会に不在者投票用の投票用紙等を請求した年月日を記入ください。