様式３

記載例（不在者投票管理者　→　ひたちなか市長へ請求）

請　　求　　書

令和**8**年**12**月　　日

ひたちなか市長　殿

投票日から23日以内に請求をしてください。（必着）
→　日付けは実日を記入

一　金		万	千	百	拾	円
		¥	3	7	0	8

ただし、令和８年 12 月 13 日執行の茨城県議会議員一般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
3 人	１，２３６円	3，708 円	

上記金額を請求します。

所　在　地　〒 312-0016

ＴＥＬ 029-276-〇〇〇〇

フ リ ガ ナ　〇〇〇ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝ　〇〇ﾋﾞｮｳｲﾝ

指定病院等名　〇〇〇医療法人　〇〇病院

フ リ ガ ナ　〇〇ﾋﾞｮｳｲﾝﾁｮｳ　〇〇　〇〇

請求者職氏名　〇〇病院長　〇〇　〇〇

法人〇〇 〇〇〇医療 病院長ノ印

法人〇〇 〇〇〇医療 病院長ノ印 ㊞

捨て印として請求印と同じ印を押してください。

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　ひたちなか　支　店
口座番号	当座　・　普通　Ｎｏ．　×〇××××
カタカナ口座名義	〇〇〇イリョウホウジン　リジチョウ　△△　〇〇 〇〇〇医療法人　理事長　△△　〇〇

委任状には印が必要となります。

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　〇〇〇医療法人　〇〇病院

請求者職氏名　〇〇病院長　〇〇　〇〇

法人〇〇 〇〇〇医療 病院長ノ印 ㊞

受　任　者
（口座名義人）　〇〇〇医療法人　理事長　△△　〇〇

法人〇〇 〇〇〇医療 理事長ノ印 ㊞

記載上の注意事項

1　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。
2　指定病院等名は、法人名から記入すること。
3　**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。**
4　「支払店名」の欄は、必ず支店名まで記入すること。
5　「口座名義」の欄は、必ずカタカナで記入すること。
6　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。
7　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。