別記様式

報告書（兼請求書）

金　　　　　　　　円也

　ただし、令和７年４月２７日執行の塩谷町議会議員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

※　実際に不在者投票をした

人数を記入してください。

〔内　　訳〕（１，０７３円×不在者投票者人数　　　人）

　上記のとおり報告（請求）いたします。

　　　令和７年　　月　　日

　　　　　　　　塩谷町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 病院等の名称 | 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。 |
| 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）。**職名　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ |

**※病院にあっては院長、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。**

支払金融機関

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀行信用金庫農業協同組合 |  | 支店支所出張所 | 口座番号 | 普通当座 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ５月１２日を目途に報告願います。 |  | 報告担当者職・氏名 |  |

**【委任状】**〔請求者（不在者投票管理者）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 | ㊞ |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

（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）支払金融機関名等は、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。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。