

# 不在者投票特別経費請求書（事務経費）

\*\*\*\*\*選挙における不在者投票特別経費（事務経費）を次のとおり請求します。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

**北海道知事** 様

請求者は不在者投票管理者（院長・施設長等）になります。押印は院長又は施設長印を押印してください（職印がない場合は私印で可）。

指定施設及び請求者  
指定施設所在地

(〒070-0000)  
旭川市××○条○丁目△番△号

指定施設名称

○○○医療法人 □□□病院

電話 0166-11-1111

(不在者投票管理者)  
請求者

院長 選挙 一郎

受任者  
住 所

(〒078-9999)  
旭川市××○条○丁目△番△号

電話 0166-99-9999

受任者氏名は、下記の口座名義と一致します。請求者が受領する場合、受任者欄は記入不要です。

名

○○○医療法人  
理事長 旭川 太郎

※ 委任状の添付  有 ・ 無 (該当するものに○を記入)

連絡先及び担当者氏名

旭山 花子

電話 0166-88-7777

請求額、金額欄は訂正できません。誤って記載した場合は、新たに請求書を作成する必要があります。

記

例えば、受任者が理事長の場合は理事長印。代表取締役社長の場合は社長印を押印してください。

1 請求額 38,628 円

2 内 訳

選挙名	選挙人数	単 価	金 額	摘 要
*****選挙	36人	1,073円	38,628円	

3 振込先

金融機関名 ○○ 銀行 信金 ○○ 本店  
支店

ふりがな まるまるまるいりょうほうじん りじちよう あさひかわ たろう

口座名 ○○○医療法人 理事長 旭川 太郎

口座番号  1 普通    2 当座

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

備考 不在者投票管理者が経費の受領に関する権限を委任する場合は、委任状が必要です。

市長選・市議選は旭川市長、それ以外の選挙は北海道知事となります。

院長(施設長)印

捨印も必ず押印してください。

代表者印

院長(施設長)印

代表者印