

不在者投票経費請求書記載についてのお願い

請求〆切 9月18日(金)

請 求 書

(アラビア数字で記載し、頭書に〒の記号を付し、訂正しないでください。)

金 額		十	億	千	百	十	万	千	百	十	円	
							¥	3	3	8	1	6

ただし、令和8年8月30日執行の香川県知事選挙及び香川県議会議員補欠選挙における不在者投票に要した経費等

内 訳 (1) 不在者投票に要した経費

$$\text{不在者投票を行った者の数 } 25 \times 1,236 = 30,900$$

(2) 市町の選挙管理委員会が選定した者を投票に立ち会わせるために要した経費

$$2,916$$

不在者投票管理者の職名欄及び氏名欄には、指定施設の長(病院の院長、老人ホームの施設長等)の職氏名を記載してください。(理事長等の職にある方を記載することはできません。)

選挙及び香川県議会議員補欠選挙に係る上記の金額を請求します。

令和 8 年 〇 月 〇 日

香 川 県 知 事 殿

不在者投票管理者
(債権者)

施設の所在地

〒760-0000

口座名義人と不在者投票管理者が異なる場合(口座名義人が理事長である場合等)には、必ず「委任状」を添付してください。

施設の名称
※法人名含めて記載

〇〇病院(特別養護老人ホーム〇〇)

職名
氏名

病院長(施設長)
□□□□

病院長
施設長
之 印

支払の方法	口座振替	預金種目	当座	普通	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	<input checked="" type="checkbox"/>	(フリガナ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	マシマシヨウイン(トクベツヨウゴロウジンホームマシマシ)リゾウヒシシヒシシ 〇〇病院(特別養護老人ホーム〇〇) 理事長 ◆◆◆◆							

責任者:(職名) (氏名) 担当者:(職名) (氏名)

連絡先:

- おねがい
- 不在者投票管理者(債権者)の「職名」欄及び「氏名」欄には、指定施設の長(病院の院長、老人ホームの施設長等)の職氏名を記載してください。また、「施設の名称」欄には、法人名を含めて記載してください。
 - 不在者投票管理者(債権者)の押印(病院長・施設長等の印)がある場合は、「押印又は「責任者」欄等の記載のうち、少なくともどちらかの措置は必要です。」及び「連絡先」欄の記載は不要です。(押印又は「責任者」欄等の記載のうち、「責任者」欄及び「担当者」欄に記載する場合には、それぞれの所属部門・役職名を記載するとともに、氏名(フルネーム)を記載してください。)
 - 「責任者」は、役職に関わらず請求書に係る事務を担当する部門の長、「担当者」は、請求書に係る事務(実務)を担当する者を指します。
 - 「支払の方法」の欄には、預金口座のある金融機関の店舗名及び口座番号を記載し、「当座・普通」の別に✓を付して、「口座名義」欄に当該口座の名義人(フリガナを付する。)を記入してください。