別記第５号様式

令和　　年　　月　　日

不在者投票特別経費請求書

錦江町長　殿

不在者投票指定施設
〒
所在地
施設名
職・氏名　　㊞
連絡先：　　担当者：
（注１）　「職・氏名」欄は院長又は施設長の職・氏名を記入すること。
（注２）　㊞は院長又は施設長の職印であること。（職印がない場合は私印でも可）

令和７年１２月１４日執行の錦江町長選挙の不在者投票特別経費として，下記の金額を請求します。

金　　円　也

(1)不在者投票をした選挙人の市町村別投票者数及び請求内訳

１，２３６円　×　＿＿＿＿＿人　＝＿＿＿＿＿＿　　円

市町村名	不在者投票者数	市町村名	不在者投票者数
	人		人
	人		人
	人		人
	人		人
	人		人

(2)外部立会人の不在者投票立会実績及び請求内訳

＿＿＿＿＿＿円

立会人氏名	立会日時	積　算	報酬支給額
	令和　年　月　日 ：　～　：	12,400円×　/8.5h	円

（注1）　市町村選挙管理委員会が選定した外部立会人に謝金を支払った場合のみ記載してください（謝金領収書の写し等添付）。

（振込口座）

金融機関名	銀行		支店
預金の種類	普通　・　当座	口座番号	
口座名義人 (カタカナ)			

（注１）　院長又は施設長（請求者）の名義の口座を記入すること。（院長又は施設長（請求者）名義の口座がない場合は，当該病院又は施設を開設するものの口座を記入するとともに，下記の委任状を作成すること。）
（注２）　金融機関名，本支店等名，口座番号，口座名義人（カタカナ）が確認できる通帳の内側のページをコピーして添付すること。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ **委　任　状** －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

（この委任状は，院長又は施設長（請求者）と口座名義人が違う場合のみ作成してください。）

上記の不在者投票特別経費の受領を下記のとおり委任します。

委任者　　所在地
（請求者）　施設名
　　職・氏名　　㊞

受任者　　所在地
（口座名義人）　法人名
　　職・氏名