

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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

〒893-〇〇〇〇

所在地 肝属郡錦江町〇〇番地

施設名 錦江町病院

職・氏名 院長 薩摩 太郎

連絡先：0994-22-XXXX 担当者：〇〇

(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3年11月28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 2,100 円 也

(内訳 (単価) (不在者投票者数))
1,050円 × 2

<実際に不在者投票をした選挙人の市町村別投票者数>

市町村名	不在者投票者数	市町村名	不在者投票者数
錦江町	2 人		人
	人		人
	人		人
	人		人
	人		人

(振込口座)

金融機関名	〇〇 銀行	△△ 支店
預金の種類	普通・当座	口座番号 1111111
フリガナ	イロホクシツ キンコウチヨウカイ リンチヨウ カゴシマハコ	
口座名義人	医療法人 錦江町会 理事長 鹿児島花子	

(注1) 院長又は施設長の名義の口座を記入すること。(院長又は施設長の口座でない場合は、下記の委任状を作成すること。)

(注2) 金融機関名、口座番号、口座名義人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、請求者(院長又は施設長)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 肝属郡錦江町〇〇番地
(請求者) 施設名 錦江町病院
職・氏名 院長 薩摩 太郎

受任者 所在地 肝属郡錦江町〇〇番地
(口座名義人) 施設名 医療法人 錦江町会
職・氏名 理事長 鹿児島花子

同じ印を押印してください。