(様式８)

捨　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　　求　　書令和　　年　　月　　日宮古市長　　　　　　　　様**○　請求者**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の所在地 | 〒　　　　－ |
| 施設の名称（Ａ） |  |
| 施設の代表者(Ｂ) | 　職　： |  |
| 氏　名： | ㊞　　 |
| ＴＥＬ | －　　　　－ | ＦＡＸ | －　　　　－ |

※請求者は、不在者投票管理者となりますので、施設の所在地、名称欄には、病院、老人ホーム等（いわゆる指定病院等）の施設の所在地と名称を、施設の代表者職氏名欄には、病院長、老人ホームの長等（不在者投票管理者）の職と氏名を記載してください。令和７年６月22日執行の宮古市長選挙の不在者投票に要した経費として、下記のとおり請求します。　　　　**金　　　　　　　　円**　（内訳　＠1,073円×　　　　　　　人）　**○　請求金額振込先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先銀行等名 | 銀　行　　　　　支　店 | 預金種別 | 普通・当座・その他 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |

　（口座名義は、通帳の記載のとおり正確に記入願います。）※　代表者と口座名義人が異なる場合は、次の欄にも記入してください。

|  |
| --- |
| 上記名義人の口座へ振り込み願います。 |
| 施設の名称（Ａ） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設の代表者(Ｂ) | 　職　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

 |

　備考１　請求書は１部提出してください。

　　　２　不在者投票者名簿（別紙）を添付してください。

　　　３　支払不能の防止のため、口座名義（カナ）及び口座番号を確認できる通帳のページの写しを添付してください。

　　　４　投票日後20日以内に請求してください。

(別　　紙)

不在者投票者名簿(不在者投票についての内訳)

施設の名称

No.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選挙人の住所 | 不在者投票を行った選挙人氏名 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(計　　　　　　人)

(合計　　　　　人)

(様式８)

**記載例**

捨　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　　求　　書令和 **７** 年 **７** 月 **●** 日　宮古市長　　　　　　　　様**○　請求者**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の所在地 | 〒**０２７－８５０１****岩手県宮古市宮町一丁目１番３０号** |
| 施設の名称（Ａ） | **医療法人社団宮古会　浄土ヶ浜病院** |
| 施設の代表者(Ｂ) | 　職　： | **院長** |
| 氏　名： | **宮古　太郎**　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |
| ＴＥＬ | **０１９３－６２－２１１１** | ＦＡＸ | **０１９３－６３－９１２５** |

※請求者は、不在者投票管理者となりますので、施設の所在地、名称欄には、病院、老人ホーム等（いわゆる指定病院等）の施設の所在地と名称を、施設の代表者職氏名欄には、病院長、老人ホームの長等（不在者投票管理者）の職と氏名を記載してください。令和７年６月22日執行の宮古市長選挙の不在者投票に要した経費として、下記のとおり請求します。　　　　**金　　４８,２８５　　円**　（内訳　＠1,073円×　**４５** 人）　**○　請求金額振込先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先銀行等名 | **○○**　銀　行　　**△△**　支　店 | 預金種別 | 普通・当座・その他 |
| フ　リ　ガ　ナ | **ｲ)　ﾐﾔｺｶｲ** | 口座番号 | **１２３４５６７** |
| 口座名義 | **医療法人社団　宮古会****理事長　宮古　太郎** |

　（口座名義は、通帳の記載のとおり正確に記入願います。）※　代表者と口座名義人が異なる場合は、次の欄にも記入してください。

|  |
| --- |
| 上記名義人の口座へ振り込み願います。 |
| 施設の名称（Ａ） | **医療法人社団宮古会　浄土ヶ浜病院**　　　　　　　　　　　　同じ方であっても、法人の理事長の立場と病院等の施設長の立場は異なるので、記入・押印願います。 |
| 施設の代表者(Ｂ) | 　職　：　　**院長**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　　**宮古　太郎**　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

 |

　備考１　請求書は１部提出してください。

　　　２　不在者投票者名簿（別紙）を添付してください。

　　　３　支払不能の防止のため、口座名義（カナ）及び口座番号を確認できる通帳のページの写しを添付してください。

　　　４　投票日後20日以内に請求してください。

**記載例**

(別　　紙)

不在者投票者名簿(不在者投票についての内訳)

施設の名称　**医療法人社団宮古会　浄土ヶ浜病院**

No.**１／２**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選挙人の住所 | 不在者投票を行った選挙人氏名 | 備考 |
| **宮古市ＡＡ町１－１** | **○山　○夫** |  |
| **宮古市ＡＢ町２－１**～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～ | **○川　○子** |  |
|  |  |  |
| **宮古市ＡＸ町24－１** | **○野　○郎** |  |
| **宮古市ＡＹ町25－１** | **○木　○美** |  |

(計　　　　**２５**人)

(合計　　　　　人)

不在者投票者名簿(不在者投票についての内訳)

施設の名称　**医療法人社団宮古会　浄土ヶ浜病院**

No.**２／２**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選挙人の住所 | 不在者投票を行った選挙人氏名 | 備考 |
| **宮古市ＡＺ町26－１** | **○田　○恵** |  |
| **宮古市ＢＡ町27－１**～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～ | **○原　○太** |  |
|  |  |  |
| **宮古市ＢＮ町35－１** | **□島　□子** |  |
| **宮古市ＢＯ町36－１** | **□宮　□夫** |  |
| **宮古市ＢＰ町37－１** | **□岡　□美** |  |
| **宮古市ＢＱ町38－１** | **□松　□郎** |  |
| **宮古市ＢＲ町39－１** | **□橋　□恵** |  |
| **宮古市ＢＳ町40－１** | **□藤　□太** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(計　　　　**２０**人)

(合計　　　**４５**人)