(様式８)

捨　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　　求　　書令和　　年　　月　　日宮古市長　山本　正德　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６年10月27日執行の宮古市議会議員補欠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　　年　　月　　日宮古市長　山本　正德　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**－**○○**－**○○○○** | ＦＡＸ | **０１９３**－**○○**－**○○○○** |

※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６年10月27日執行の宮古市議会議員補欠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)