

請 求 書

令和 年 月 日

宮古市長 山本 正徳 様

○ 請求者

施設の所在地	〒 ー		
施設の名称(A)			
施設の代表者(B)	職 :		
	氏 名 : ⑩		
TEL	ー	ー	FAX ー ー

※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 別	普通・当座・その他
フリガナ		口 座	
口座名義		番 号	

（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 : _____ ⑩

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)

施設名称

No.

[illegible]

(計 人)

(合計 人)

記載例

浄土ヶ浜
病院長印

捨 印

(様式8)

請 求 書

令和 年 月 日

宮古市長 山本 正徳 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	0193-00-0000	FAX	0193-00-0000

※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	〇〇 銀行 △△ 支 店	預 金 別	普通・当座・その他
フリガナ	1) ミヤコ	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

施設の代表者(B) 職 : 院長

氏 名 : 宮古 太郎

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。

浄土ヶ浜
病院長印

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)