

別記様式 3

請 求 書

¥

ただし、令和 8 年 3 月 2 2 日執行大田原市長選挙における不在者投票事務に要した郵送料及び事務費として

(1,236円×不在者投票人数 \_\_\_\_\_ 人 = \_\_\_\_\_ 円)

上記のとおり請求いたします。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

病院等の名称 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

(不在者投票管理者)

病院等の長の職氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

(電話番号 \_\_\_\_\_)

大田原市長 様

振	込	先								
銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		支店 支所 出張所								
当 座	普 通	(○で囲む)								
口 座 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>									
( フ リ ガ ナ )	( _____ )									
振込先口座名義										

**【委任状】** 請求者(不在者投票管理者)と振込先口座名義が異なる場合に記入してください。  
上記不在者投票に要した経費の受領を下記の者に委任します。

病院等の名称 \_\_\_\_\_

(請求者(不在者投票管理者))

病院等の長の職氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

(振込先口座名義人)

受 領 者 \_\_\_\_\_

- (注1) 投票用紙等請求書添付書兼不在者投票事務処理簿の写を併せて添付してください。
- (注2) 病院等の名称・所在地等は必ず正式名称等を記入してください。
- (注3) 振込先は、必ず金融機関届出のとおり正確に記入してください。特に口座名義のフリガナは必ずご記入下さい。(フリガナを誤りますと振込不能になる場合があります。)