

報 告 書 (兼請求書)

金 \_\_\_\_\_ 円也

ただし、令和 6 年 1 0 月 2 7 日執行の衆議院議員総選挙及び最高裁判所裁判官国民審査  
 における不在者投票事務に要した郵送料及び事務費  
 [内 訳] (1,233円 × 不在者投票人数 \_\_\_\_\_ 人)

上記のとおり報告 (請求) いたします。  
 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

※実際に不在者投票をした  
 人数を記入してください。

栃木県知事 様

病院等の名称	
所在地	〒 _____
	電話 ( _____ )
不在者投票管理者 (病院等の長) の職・氏名・印	※理事長は不在者投票管理者ではありません (下記参照)。 <フリガナ> 職名 _____ 氏名 _____ 印

使用する印は、  
 法人の理事長  
 や病院・施設の  
 印ではなく、施  
 設長印 (施設長  
 の私印でも可)  
 を押印してく  
 ださい。

※病院及び介護医療院にあつては院長、老人ホームにあつては施設長が不在者投票管理者  
 となります。  
法人の理事長ではありません。

振込先金融機関 (なるべく前回の選挙の時に使用した口座を記入してください。)

金融機関名	銀行 支店 信用金庫 支所 農業協同組合 出張所	口座 番号	普通 当座
フリガナ	※一字空けがわかるように記載してください。		
口座名義			

11月12日までに報告願います。	報告担当者名 _____
------------------	--------------

【委任状】 [不在者投票管理者 (請求者) と振込先口座名義が異なる場合に記入]  
 上記不在者投票特別経費の受領を下記のものに委任します。

病 院 等 名 \_\_\_\_\_

請求者職氏名 \_\_\_\_\_ 印

受領者 (口座名義人) \_\_\_\_\_

- (注 1) 投票用紙等請求書 (別紙) 用紙による不在者投票事務処理表のコピーを併せて添付してください。 ※後日お返しします。
- (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) 振込先金融機関名等は、必ず銀行届出のとおり正確に記入してください。  
 また、口座名義にはフリガナを付してください。  
 なお、振込先の確認のため、通帳の写し (金融機関名、口座番号、口座名義 (カタカナ) が印字されているページのみ) の添付をお願いします。