令和５年　　月　　日

高　石　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒―）

病院等所在地

病院等の名称

不在者投票管理経費

請求者・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**不在者投票管理経費請求書**

　令和５年４月２３日執行の高石市議会議員及び市長選挙における不在者投票管理経費として下記の金額を請求します。

記

１　請求金額総計　　　　　　　　　　　円（１人　1,073円　×　　人分）

２　振替指定口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  振替先銀行名 |  | | |
| 銀行　　　　　　　　　　支店 | | |
| 預金種別 | １ 普通　２ 当座　３ 別段 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義 |  | | |
|  | | |
| 事務担当者名 |  | 電話番号 |  |

注１）所在地、名称等は、必ず正式名称を記入してください。

注２）フリガナ欄は必ず記入してください。

注３）口座名義は、省略せずに必ず銀行届出のとおり正確に記入してください。

注４）不在者投票管理経費請求者と指定口座名義人（受取人）が異なる場合は、次の委任状に記入して

ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委　　　任　　　状 | | |
| 高　石　市　長　様 | |  |
| 上記請求金額の受領について、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に委任します。 | | |
| 令和５年　　月　　日 | | |
|  | （病院等所在地） | |
|  | （病院等の名称） | |
|  | （不在者投票管理経費請求者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |