別記様式１

報　　　　告　　　　書（兼請求書）

　金　　　　　　　　　　円也

　ただし、令和　　年　　月　　日執行の　　　　　　　　　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

〔内　訳〕　（　　　　　　　　円×不在者投票人数　　　人）

**※実際に不在者投票をした人数を記入してください。**

　上記のとおり報告（請求）いたします。

　　　令和　　年　　月　　日

　　鹿沼市長　様

使用する印は、法人の理事長印や病院・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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院等の名称（※法人名から記載） |  |  |
| 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）。　　　　　　　　　　〈ﾌﾘｶﾞﾅ〉　　　　　　　　　　　　職 名　　　　　　氏 名 |

　※病院にあっては院長、老人ホームにあっ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 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  　月　日までにご報告願います。 |  | 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

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。

（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。