　　年　　月　　日

**請　　求　　書**

　つがる市選挙管理委員会事務局長　殿

金　　　　　　　　円

　ただし、　　　年　　月　　日執行の　　　　　　　　選挙に要した経費として。

① 不在者投票に要した経費（②を除く）　　　　　　　円（　　名分(1人1,073円)）

※不在者投票者名簿（別紙１）を添付してください。

② 外部立会人に要した経費　　　　　　　　円（※別紙２の(E)）

※立ち会いの実績（別紙２）、立会人に係る市町村の選定通知の写し、謝金領収書等を添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ○**請求者**  　（＝不在者投票管理者　　**所在地**  　＝院長又は施設長）  **法人名**  　　　　　　　（法人の場合、記入）  **施設名**  　 　（施設名の入った請求者印の  　　　場合、施設印は不要です。）  **請求者名** | 〒　　　－ | | ℡　　　　－　　　－ |
|  | | |
| フリガナ | | |
|  | | |
| フリガナ | | |
| 施 設 印 | | |
| フリガナ | | |
| 職名 | 氏名  　 請求者印 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○**振込先** 　 **金融機関名**    **口座番号**  　 （いずれかを○で囲む）  **口座名義** | 銀行 　支店 | | | | | | | |
| 普 通  当 座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ○**担当者連絡先** | 氏名 ℡ |

　※　請求者と口座名義が異なる場合は下記の委任状を記入してください。

|  |
| --- |
| ○**委任状**  　不在者投票経費の受領権を上記の口座名義人に委任します。  （請求者と口座名義が異なる場合）  　　　　　　施設名  　　　　　　　　　　　　　　　　　 請求者印  　　　　　　職・氏名（請求者名） |

（別紙１）

　　　　　　　　　　選挙の不在者投票者名簿

№

施設名称等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　　　　名 | 住　　　　　　　　所 | 生 年 月 日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（注）実際に投票した者のみ記載してください（棄権した者は記載しないこと）。

（別紙２）

　　　　　　　　　　選挙の不在者投票立ち会いの実績

施設名称等

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 立会人の氏名 | 立会日 | 立会場所 | 立会時間 | 日数 | 時間数 | 支払った謝金  及び旅費の額 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  | (A) | (B) | (C) |

（注）1. 立会人ごとに記入してください。

2.「日数」「時間数」欄には、1日従事した場合は日数を、1日のうちの一部の時間について従事した場合は時間数をそれぞれ記入してください。

3. 1回当たりの従事時間が7時間以下の場合で、1時間未満の端数があるときは、1

時間に切り上げてください。

4. 1回当たりの従事時間が7時間を超えて8.5時間未満の場合は、1日としてくださ

い。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基準額 ＝ 10,900円× | (A) | ＋10,900円× | (B) | ／8.5＝ | (D) | 円 |

※1円未満四捨五入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求額 ＝ (C)と(D)のいずれか低い額 ＝ | (E) | 円 |

　　年　　月　　日

【請求書 記載例①】

請求者名と口座名義が同じ場合

**請　　求　　書**

　つがる市選挙管理委員会事務局長　殿

金　３４，８２２　円

　ただし、令和元年６月２日執行の青森県知事選挙に要した経費として。

① 不在者投票に要した経費（②を除く）　　15,022　円（ 14　名分(1人1,073円)）

※不在者投票者名簿（別紙１）を添付してください。

② 外部立会人に要した経費　　　19,800　　円（※別紙２の(E)）

※立ち会いの実績（別紙２）、立会人に係る市町村の選定通知の写し、謝金領収書等を添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ○**請求者**  　（＝不在者投票管理者　　**所在地**  　＝院長又は施設長）  **法人名**  　　　　　　　（法人の場合、記入）  **施設名**  　 　（施設名の入った請求者印の  　　　場合、施設印は不要です。）  **請求者名** | 〒　030 － 8570 | | ℡　017　－ 734　－ 9076 |
| 青森市長島１丁目１番１号 | | |
| フリガナ　イリョウホウジン○○カイ  医療法人○○会 | | |
| **医療法人○ ○ 会**  **○○病院** | | |
| フリガナ　○○ビョウイン  施設名の入った請求者印の場合、施設印は不要  ○○病院 | | |
| 施 設 印 | | |
| フリガナ　インチョウ　　　　　　　　　　　　アオモリタロウ  **医療法人**  **○ ○ 会**  **○○病院**  **長 之 印** | | |
| 職名  院長 | 氏名  青森太郎  　 請求者印 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○**振込先** 　 **金融機関名**    **口座番号**  　 （いずれかを○で囲む）  **口座名義** | ○○  ○○  銀行 　支店 | | | | | | | |
| 普 通  当 座 | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| フリガナ　イリョウホウジン○○カイ　○○ビョウイン　インチョウ　アオモリタロウ | | | | | | | |
| 医療法人○○会 ○○病院 院長 青森太郎 | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ○**担当者連絡先** | 氏名 　選管太郎 ℡　017-734-9076 |

　※　請求者と口座名義が異なる場合は下記の委任状を記入してください。

|  |
| --- |
| ○**委任状**  　不在者投票経費の受領権を上記の口座名義人に委任します。  （請求者と口座名義が異なる場合）  　　　　　　施設名  　　　　　　　　　　　　　　　　　 請求者印  　　　　　　職・氏名（請求者名） |

　　年　　月　　日

【請求書 記載例②】

請求者名と口座名義が異なる場合（※委任状の記入必要）

**請　　求　　書**

　つがる市選挙管理委員会事務局長　殿

金　３４，８２２　円

　ただし、令和５年１月２２日執行のつがる市議会議員一般選挙に要した経費として。

① 不在者投票に要した経費（②を除く）　　15,022　円（ 14　名分(1人1,073円)）

※不在者投票者名簿（別紙１）を添付してください。

② 外部立会人に要した経費　　　19,800　　円（※別紙２の(E)）

※立ち会いの実績（別紙２）、立会人に係る市町村の選定通知の写し、謝金領収書等を添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ○**請求者**  　（＝不在者投票管理者　　**所在地**  　＝院長又は施設長）  **法人名**  　　　　　　　（法人の場合、記入）  **施設名**  　 　（施設名の入った請求者印の  　　　場合、施設印は不要です。）  **請求者名** | 〒　030 － 8570 | | ℡　017　－ 734　－ 9076 |
| 青森市長島１丁目１番１号 | | |
| フリガナ　イリョウホウジン○○カイ  医療法人○○会 | | |
| **医療法人○ ○ 会**  **○○病院** | | |
| フリガナ　○○ビョウイン  施設名の入った請求者印の場合、施設印は不要  ○○病院 | | |
| 施 設 印 | | |
| フリガナ　インチョウ　　　　　　　　　　　　アオモリタロウ  **医療法人**  **○ ○ 会**  **○○病院**  **長 之 印** | | |
| 職名  院長 | 氏名  青森太郎  　 請求者印 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○**振込先** 　 **金融機関名**    **口座番号**  　 （いずれかを○で囲む）  **口座名義** | ○○  ○○  銀行 　支店 | | | | | | | |
| 普 通  当 座 | ０ | ６ | ５ | ４ | ３ | ２ | １ |
| フリガナ　イリョウホウジン○○カイ　　 リジチョウ　　　トウホクイチロウ | | | | | | | |
| 医療法人○○会 理事長　東北一郎 | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ○**担当者連絡先** | 氏名 　選管太郎 ℡　017-734-9076 |

　※　請求者と口座名義が異なる場合は下記の委任状を記入してください。

|  |
| --- |
| ○**委任状**  　不在者投票経費の受領権を上記の口座名義人に委任します。  （請求者と口座名義が異なる場合）  　　　　　　施設名　医療法人○○会　○○病院  　　　　　　　　　　　　　　　　　 請求者印  院長　青森太郎  　　　　　　職・氏名（請求者名） |

（別紙２）

【別紙２ 記載例】

つがる市議会議員一般選挙の不在者投票立ち会いの実績

施設名称等　 　　○　○　病　院

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 立会人の氏名 | 立会日 | 立会場所 | 立会時間 | 日数 | 時間数 | 支払った謝金  及び旅費の額 |
| ○○　○○ | １月18日 | ○○病院内 | 8:30～17:00 | 1 |  | 10,900 |
| △△　△△ | 1月19日 | ○○病院内 | 10:00～17:00 |  | 7 | 8,900 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  | 1  (A) | 7  (B) | 19,800  (C) |

（注）1. 立会人ごとに記入してください。

2.「日数」「時間数」欄には、1日従事した場合は日数を、1日のうちの一部の時間について従事した場合は時間数をそれぞれ記入してください。

3. 1回当たりの従事時間が7時間以下の場合で、1時間未満の端数があるときは、1

時間に切り上げてください。

4. 1回当たりの従事時間が7時間を超えて8.5時間未満の場合は、1日としてくださ

い。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基準額 ＝ 10,900円× | 1  (A) | ＋10,900円× | 7  (B) | ／8.5＝ | 19,876  (D) | 円 |

※1円未満四捨五入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求額 ＝ (C)と(D)のいずれか低い額 ＝ | 19,800  (E) | 円 |