

(様式8) 【記載例】



請 求 書

令和〇年〇月〇日

大船渡市長 様

○ 請求者

施設の所在地	〒020-0023 岩手県盛岡市内丸10番1号		
施設の名称 (A)	医療法人社団盛岡会 石割桜病院		
施設の代表者 (B)	職 :	院長	
	氏 名 :	岩手 太郎	
TEL	019-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	019-〇〇〇-××××



※請求者は、不在者投票管理者となりますので、施設の所在地、名称欄には、病院、老人ホーム等（いわゆる指定病院等）の施設の所在地と名称を、施設の代表者職氏名欄には、病院長、老人ホームの長等（不在者投票管理者）の職と氏名を記載してください。

令和〇年〇月〇日執行の□□□□□□□□□□選挙の不在者投票に要した経費として、下記のとおり請求します。

金 55,620 円 （内訳 @1,236 円× 45 人）

○ 請求金額振込先

振込先銀行等名	○ × 銀 行 △ □ 支 店	預 金 別	普通・当座・その他
フリガナ	1) 石割桜	口 座 番 号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義	医療法人社団 盛岡会 理事長 岩手 太郎		

（口座名義は、通帳の記載のとおり正確に記入願います。）

※ 代表者と口座名義人が異なる場合は、次の欄にも記入してください。

上記名義人の口座へ振り込み願います。	
施設の名称 (A)	医療法人社団盛岡会 石割桜病院
施設の代表者 (B)	職 : 院長
	氏 名 : 岩手 太郎

同じ方であっても、法人の理事長の立場と病院等の施設長の立場は異なるので、記入・押印願います。



備考1 請求書は1部提出してください。

2 不在者投票者名簿（別紙）を添付してください。

3 支払不能の防止のため、口座名義(カナ)及び口座番号を確認できる通帳のページの写しを添付してください。

4 投票日後20日以内に請求してください。

(別 紙)【記載例】

不在者投票者名簿(不在者投票についての内訳)

施設の名称 医療法人社団盛岡会 石割桜病院

No. 1 / 2

選挙人の住所	不在者投票を行った 選挙人氏名	備 考
大船渡市○町字○3 番地 1	○山 ○夫	
大船渡市 A B 町字○2	○川 ○子	

大船渡市□町字□24 番地 1	○野 ○郎	
大船渡市 Y 町字○3 番地 1	○木 ○美	

(計 25 人)

(合計 人)

不在者投票者名簿(不在者投票についての内訳)

施設の名称 医療法人社団盛岡会 石割桜病院

No. 2 / 2

選挙人の住所	不在者投票を行った 選挙人氏名	備 考
大船渡市□町字□26 番地 1	○田 ○恵	
大船渡市○町字△100 番地	○原 ○太	

大船渡市△町字△1 番地	□島 □子	
大船渡市○町字□22 番地	□宮 □夫	
大船渡市○町字△3 番地 1	□岡 □美	
大船渡市□町字△10 番地	□松 □郎	
大船渡市△町字△36 番地	□橋 □恵	
大船渡市○町字□5 番地 AA	□藤 □太	

(計 20 人)

(合計 45 人)