

請 求 書（外部立会人経費）

令和 7 年 〇 月 〇 日

茨城県知事 殿

一 金		万	千	百	拾	円
	¥	7	2	9	5	

ただし、令和 7 年 9 月 7 日執行の 茨城県知事 選挙における不在者投票外部立会人に係る経費として

立会時間数 ①	同左1時間あたりの 経費②	不在者投票者数 ③	左記のうち茨城 県に住所を有す る投票者数④	経 費 の 額 ①×②÷③×④	備 考
5 時間	1, 4 5 9 円	1 0 人	1 0 人	7, 2 9 5 円	

上記金額を請求します。（衆議院議員総選挙及び参議院議員通常選挙の場合は③及び④の欄の記載

所 在 地 〒000-0000 〇〇市口〇町口丁目口〇番地
TEL 000-0000-0000
フリガナ イリョウハウジン〇〇カイ 〇〇〇ビョウイン
指定病院等名 医療法人〇〇会 〇〇〇病院
フリガナ インチョウ △△ △△
請求者職氏名 院長 △△ △△

病院長等印又は
その個人印を押
印すること（個人
印の場合はでき
るだけ施設印も
押印）。

印は全て同一のもの
とすること。

捨印を押して
ください（誤字
等の軽微な修
正があった場
合に、代理で修
正します。）。

この請求書の金額を下記口座に振り込んでください。

支払店名	〇 〇 銀 行 △ △ 支 店
口座番号	当座 ・ 普通 No. 〇〇〇〇〇〇〇
カタカナ 口座名義	イリョウハウジン〇〇カイ リジチョウ 口口 口口

請求者（不在者投票管理者
である病院長等）と口座名
義人が異なる場合には、委
任状に必要事項を記入し、
押印すること。

委 任 状

不在者投票立会人に係る経費の受領を下記の者に委任します。

指定病院等名 医療法人〇〇会 〇〇〇病院
請求者職氏名 院長 △△ △△
受 任 者 医療法人〇〇会
(口座名義人) 理事長 口口 口口

記載上の注意事項

- 請求できる経費は1日あたり最大12,400円（8.5時間分）である。
- 指定病院等名は、法人名から記入すること。
- 請求者職氏名は、不在者投票管理者である病院長等の職氏名を記入すること。
- 「支払店名」の欄は、必ず支店名まで記入すること。
- 「口座名義」の欄は、必ずカタカナで記入すること。
- 請求者（不在者投票管理者である病院長等）と口座名義人が異なる場合には、必ず委任状に記名押印又は署名すること。
- この請求書は、別添「不在者投票立会人調」、外部立会人に係る市町村の選定通知書の写し、謝金領収書等を添付の上、選挙終了後23日以内（必着）に提出すること。