様式３　記載例（不在者投票管理者→都道府県（市町村））※記名押印による場合

請　　求　　書

令和 8 年 〇 月 〇 日

茨城県知事　殿

一　金		万	千	百	拾	円
		￥	2	4	7	2

ただし、令和 8 年 12 月 13 日執行の **茨城県議会議員一般** 選挙における不在者投票特別経費として

不在者投票人員 ①	同左１人あたりの経費 ②	経　費　の　額 ①×②	備　考
2　人	１，２３６円	２，４７２円	

金額を請求します。

在　地　〒000－0000　〇〇市□□町□丁目□□番地

ＴＥＬ　000（000）0000

フリガナ　イリョウホウジン〇〇カイ　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　△△　△△

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。）。

〇〇病院院長

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）。

〇〇病院院長

印は全て同一のものとすること。

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	イリョウホウジン〇〇カイ　リジチョウ　□□　□□

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

不在者投票特別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　△△　△△

〇〇病院院長

受　任　者　医療法人〇〇会

（口座名義人）　理事長　□□　□□

記載上の注意事項

1　不在者投票人員は、投票用紙等の請求のみで実際に不在者投票をしなかった選挙人を算入しないこと。

2　指定病院等名は、法人名から記入すること。

3　**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。**

4　「支払店名」の欄は、必ず支店名まで記入すること。

5　「口座名義」の欄は、必ずカタカナで記入すること。

6　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。

7　この請求書は、別添「不在者投票者調」とあわせて選挙終了後 23 日以内（必着）に提出すること。