

岸和田市長様

病院等所在地（住所）
フリガナ
病院等の名称
不在者投票管理経費
請求者・氏名

印

不在者投票管理経費請求書

令和7年2月2日執行の岸和田市議会議員選挙における不在者投票管理経費として下記の金額を請求します。

記

1 請求金額総計 _____円（1人 1,073円× _____人分）

2 振替指定口座

(フリガナ) 振替先銀行名	銀行								支店
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号					
口座名義 (カタ)									
振込口座名義									
事務担当者名				電話番号					

注1 所在地、名称等は、必ず正式名称を記入してください。

注2 口座名義 (カタ) は、必ず通帳等で確認のうえ、記入してください。(フリガナではないことに御注意ください。)

注3 振込口座名義は、省略せずに必ず銀行届出のとおり正確に記入してください。

注4 不在者投票管理経費請求者又は振替指定口座の名義人（受取人）が不在者投票管理者（指定施設の長）と異なる場合は、下記委任状に御記入ください。

*** 請求・受領が、不在者投票管理者（院長・施設長）と異なる場合のみ記入ください。**

令和 年 月 日

岸和田市長様

病院等所在地（住所）
フリガナ
病院等の名称
不在者投票管理者氏名
委任状

印

令和7年2月2日執行の岸和田市議会議員選挙における不在者投票管理経費の

【①請求・②受領・③請求及び受領】について、

所在地
(住所)

法人の名称及び
代表者の職氏名
(氏名)

に委任します。