

請 求 書（ 記 載 例 ）

五所川原市長
(五所川原市選挙管理委員会) 殿

金 12,360 円 (1人1,236円×10人)

ただし、〇〇〇〇〇〇選挙に要した経費として。

○請求者
= (不在者投票 所在地
管理者) = 院長
又は施設長) 施設名
(法人の場合、法人か
ら記入)
(施設名の入った請求者
印の場合、請求者印一箇所
に押印してください。)

請 求 者 名

〒 000-0000	TEL 0000-00-0000
青森県五所川原市〇〇番地	
フリガナ コシヨガワラビョウイン	
五所川原病院	
フリガナ シセツチョウ コシヨ タロウ	
職 氏	
名 施設長 名 五所 太郎 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

○担当者連絡先 氏 名

五所川原 銀行				五所川原 支店			
普 通		5	5	5	5	5	5
当 座							
フリガナ コシヨ イチロウ							
五所 一郎							
五所 太郎 TEL 0173-35-2111							

※ 請求者と口座名義が異なる場合は委任状（下記）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 五所川原病院
職、氏名 (請求者名) 施設長 五所 太郎 印