

請 求 書（外部立会人経費）

令和 4 年 〇 月 〇 日

茨城県知事 殿

一 金		万	千	百	拾	円
	¥	6	4	1	0	

ただし、令和 4 年 12 月 11 日執行の **茨城県議会議員一般** 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	1,282円	10人	10人	6,410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 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地

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。



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 イリョウハウジン〇〇カイ リジチョウ □□ □□

口座名義

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

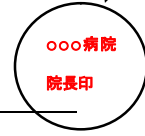
不在者投票立会人に係る経費の受領を下記の者に委任します。

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 □□ □□



記載上の注意事項

- 請求できる経費は1日あたり最大10,900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。