

様式5 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（外部立会人経費）

令和 6 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 6 年 10 月 27 日執行の衆議院議員総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	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）。

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 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地

TEL 000-(000)0000

フリガナ イリヨウハウジン〇〇カイ 〇〇〇ピョウイン

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 △△ △△

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	イリヨ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。