

(様式7)

令和6年××月××日

長崎県知事 様

住所
法人の名称
施設の名称
職名
請求者氏名

請求書

法人名と施設名を省略せずに正確に記入してください。

〇〇市〇〇町××

医療法人〇〇会

〇〇病院

院長

長崎 太郎

請求者氏名と職名は、不在者投票管理者を記載してください。
・病院→〇院長 × 法人理事長
・施設→〇施設長 × 法人理事長

印鑑は不要です。

令和6年4月28日執行 衆議院小選挙区選出議員補欠選挙（長崎県第3区）の不在者投票特別経費について、下記の金額を請求します。

当該選挙の投票日を記載してください。
※不在者投票をした日ではありません。

記

該当する選挙の種類を記入してください。

1 請求金額 3,219 円

2 内訳 @1,073円×3名分（詳細は別紙内訳書のとおり）

預金通帳から正確に転記してください。

3 金融機関名、口座名及び口座番号

金融機関名	〇〇銀行	本・支店名	△△支店
預金種別	普通 当座	口座番号	123456
ふりがな	イリヨウホクツンマルマルカイマルマルビョウイン リジョウ コウノイチウ		
口座名	医療法人〇〇会〇〇病院 理事長 甲野一郎		

4 請求書の発行責任者及び発行担当者

請求書を発行するにあたっての事務上の責任者(事務局長等)

発行責任者	佐世保 二郎	連絡先(電話)	(095) 111-2222
発行担当者	島原 三郎	連絡先(電話)	(095) 111-2222
メールアドレス	aaaaaaaaa@bbb.ne.jp		

請求書の作成・発行事務を担当する者

※ 提出先のメールアドレス senkan2@pref.nagasaki.lg.jp (全て半角英数)