

経 費 請 求 書

不在者投票立会の実績

【立会場所】 〇〇病院内

立会人氏名	立会日	立会時間	日数	時間	投票者数
〇〇 〇〇	令和 8 年〇月〇日	9:00 ~ 11:30		3	10
〇〇 〇〇	令和 8 年〇月〇日	9:00 ~ 16:30	1		20
合 計			1	3	30

※ 1 回当たりの従事時間が 7 時間以下の場合で、1 時間未満の端数があるときは、1 時間に切り上げて記載してください。

※ 1 回当たりの従事時間が 7 時間を超える場合は 1 日としてください。

【不在者投票者総数】 30 人

【請求額】

@ 12,400 円 × 1 (日数計) = 12,400 円

+) @ 12,400 円 × 3 (時間計) ÷ 8.5 h = 4,376 円

(合 計) 16,776 円

※ 小数点以下は四捨五入してください。

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。

該当する選挙の種類を記入してください。

令和 8 年 〇 月 〇 日執行の 長崎県知事選挙【及び長崎県議会議員補欠選挙(△△選挙区)】
における不在者投票立会人に係る経費を上記のとおり請求いたします。なお、代金は下記の口座へ振込み願います。

預金通帳から正確に転記してください。

請求者		送金先	
住 所	〇〇市〇〇町 1 1 1	振 込 先	〇〇〇 銀行 △△△ 支店
法人名	医療法人〇〇会	口座種別	普通 ・ 当座
施設名	〇〇病院	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
T E L	(〇〇〇) 1 1 1 - 2 2 2 2	フリガナ	イリョウホウジンマルマルカイマルマルビョウイン リジ・チョウ コノイチロウ
職 名	病院長		
代表者氏名	長崎 太郎	口座名義	医療法人〇〇会〇〇病院 理事長 甲野一郎

印鑑は不要です。

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

長崎県知事 様

【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	aaaaaaaa@bbb.ne.jp		

請求書の作成・発行事務を担当する者

※ 請求の際には、内訳書、立会人に係る市町村の選定通知の写し、謝金領収書を添付してください。

※ 内訳書は不在者投票特別経費の請求に係る様式 9 を利用してください。(不在者投票特別経費と併せて請求する場合は不要です。)

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