

請 求 書

金 額	千	百	十	万	千	百	十	円

ただし、 $\left\{ \begin{array}{l} \text{京 都 府 知 事 選 挙} \\ \text{京 都 府 議 会 議 員 補 欠 選 挙} \end{array} \right\}$ における不在者投票に要した経費。

別紙内訳のとおり。

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

京都府知事 様

(〒 -)

請求者 住 所

名 称

職・氏名

印

投票場所

※御希望の支払方法に ○をつけ、所要事項を 記載してください。 支払方法	① 口座 振替	金融機関名 及び預金種別	銀行 (金庫)	支店 (本店)	〔普通〕 〔当座〕	第 号	② 隔 地 払	
		フリガナ						
		口座名義						
発行責任者			連絡先					
担当者			連絡先					

委 任 状

私は、口座名義人 を代理人と定めて下記の権限を委任します。

記

$\left\{ \begin{array}{l} \text{京 都 府 知 事 選 挙} \\ \text{京 都 府 議 会 議 員 補 欠 選 挙} \end{array} \right\}$ における不在者投票に要した経費の受領に
関する一切の事項

令和 年 月 日

※住 所

※名 称

※職・氏名

印

※記載内容・印は請求者と同一としてください。

御不明な点は、京都府自治振興課(京都府選挙管理委員会事務局)にお問い合わせください。(電話 075-414-4446)

※備考

- ・「指定病院等不在者投票事務取扱要領」P26～P31をご確認の上、記載をお願いします。
- ・今回の選挙に係る経費の請求については、不在者投票の実施後速やかに(選挙期日後一ヶ月以内に)行ってください。
- ・請求者名・請求者印等に不備がある場合や、期限を超過した場合には、お支払いすることができないことがありますので、特に注意してください。