

報 告 書（ 兼 請 求 書 ）

金 _____ 円也

ただし、令和 7 年 4 月 2 7 日執行の日光市長選挙における不在者投票事務に要した郵送料及び事務費

（ 1 , 0 7 3 円×不在者投票人数 _____ 人）
内訳は別紙のとおり

上記のとおり報告（請求）いたします。

令和 7 年 月 日

日 光 市 長 様

病院等の名称
所在地（〒 _____ ）

病院等の長の職氏名 _____ 印

（電話 _____ （ _____ ） _____ ）

※ 支払金融機関名 _____ 銀行 _____ 支店
＜フリガナ＞
口座名義 _____

口座番号 普通・当座 _____ 番

報告担当者 職 ・ 氏 名	
------------------	--

（注 1） （別紙）用紙による不在者投票事務処理表のコピーを併せて添付してください。

（注 2） 病院等の名称・所在地等は、必ず正式名称等を記入してください。

（注 3） 支払金融機関名等は、必ず銀行届出のとおり正確に記入してください。
 また、口座名義にはフリガナを付してください。
 なお、振込先の確認のため、通帳の写し（金融機関名、口座番号、口座名義が印字されて
 いるページのみ）の添付をお願いします。