

令和 7 年 月 日

東京都知事 殿

請求金額 金 円

ただし、第27回参議院議員選挙における不在者投票外部立会人報酬として上記金額を請求します。（内訳は別紙のとおり）

捨印

印

(インク浸透印不可)

請求者
(依頼人)

所在地

三

フリガナ

施設名

フリガナ

請求者
(病院長等)
氏名・印

肩書き(病院長等)

氏 名

III

(インク浸透印不可)

* 「理事長」は不可

- 注意 1 請求者は、不在者投票管理者(病院長等)となります。
2 印は施設印ではなく、不在者投票管理者(病院長等)の公印または私印を使用して下さい。

※ 以下は口座振替による支払の場合のみ記入

東京都から私に支払われる**第27回参议院議員選挙における不在者投票外部立会人報酬**は、以下の口座に口座振替により振り込んでください。

振込先金融機関名		本・支店名		金融機関コード				支店コード				種目		口座番号（右詰めで記入）							
銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店										1. 普通 2. 当座									
振 込 口 座 名 義																					
カタカナ																					
氏 名																					

※④請求者(依頼人)と⑤振込口座名義が異なる場合は、以下の委任状に記入してください。

委任状

外部立会人報酬の受領権を下記の者に委任します。

施設名			
委任者 (請求者氏名・印)	肩書き(病院長等) 	氏 名 	印 (インク浸透印不可)
受領者 (振込口座名義)			

(上記の「施設名」及び「委任者」欄には ㊤、「受領者」欄には ㊦ と同じ内容を転記してください。)

事務担当者氏名	
連絡先(電話番号)	

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