

請求書兼支払金口座振替依頼書

令和 7 年 〇 月 × 日

東京都知事 殿

請求金額 金 2,146 円
(1 人 1,073 円 × 2 名分)

〇必ず押印してください。

※ 令和 7 年 4 月末時点の単価です。今後、法改正が行われ単価が改定された場合については、都選管ホームページから最新の様式をダウンロードしてご利用ください。

https://www.senkyo.metro.tokyo.lg.jp/application/san_youshiki_tebiki

(依頼人)	フリガナ	イリョウホウジンシャダン マルマルカイ マルマ
施設名	医療法人社団 〇〇会 〇〇病院	
フリガナ	インチョウ	センキョ タロウ
請求者 (病院長等) 氏名・印	肩書き(病院長等) 院長	氏名 選挙 太郎

〇施設管理者(例: 院長)の印又は私印が必要です。法人の代表者(理事長等)の印は認められません。
〇インク浸透印等は使用できません。

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振替により振り込んでください。

〇「支店コード」及び「種目」の記入漏れが非常に多くありますので、ご注意ください。

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)
〇〇〇	銀行・信用金庫 信用組合・農協	◇◇◇	本店 (支店)	1 普通 2 当座	9 8 7 6 5 4 3
振込口座名義	イ) マルマルカイ	リジチョウ	センキョ	タロウ	
氏名	医療法人社団 〇〇会	理事長	選挙	太郎	

同一内容を記入
(委任状が必要な場合)

〇カタカナ及び氏名ともに通帳に記載のとおり、ご記入ください。

※ ①請求者(依頼人)と②振込口座名義が異なる場合は、

委任	
不在者投票郵送料の受領権を下記の者に委任します。	
施設名	医療法人社団 〇〇会 〇〇病院
委任者 (請求者氏名・印)	肩書き(病院長等) 院長
受領者 (振込口座名義)	医療法人社団 〇〇会 理事長 選挙 太郎

〇「施設(院)長」と「理事長」が同一人物であっても、肩書が異なるため、委任状が必要です。

同一内容を記入
(委任状が必要な場合)

振込口座名義を転記

事務担当者氏名	選挙 二郎
連絡先(電話番号)	03-5321-11XX