様式１－１

請求書兼支払金口座振替依頼書

令和　　年　　月　　日

東京都知事　殿

請求金額　金　　円
（１人 1,236円 ×　　名分）

ただし、**東京都議会議員補欠選挙**における**不在者投票郵送料**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	〒 ☎	
Ⓐ→	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） ＊「理事長」は不可	氏　名　印（インク浸透印不可）

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**東京都議会議員補欠選挙**における**不在者投票郵送料**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	

※Ⓐ請求者（依頼人）と　Ⓑ　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

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		
委任者（請求者氏名・印）	肩書き（病院長等） ＊「理事長」は不可	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）	