

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 1,073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)

氏名

印

*「理事長」は不可

(インク浸透印不可)

- 注意 1
- 2
- 請求者は、不在者投票管理者(病院長等)となります。
- 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

本店

1. 普通

信用組合・農協

支店

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)

受領者
(振込口座名義)

肩書き(病院長等)

氏名

印

*「理事長」は不可

(インク浸透印不可)

(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)

連絡先(メールアドレス)