

不在者投票送付書

令和 8 年 〇 月 × 日

(〇〇 区・市・町・村) 選挙管理委員会 様

不在者投票を送致する区市町村名を記入してください。

施設所在地	〇〇区△△町1-2-3
施設名称	◎◎病院
施設長氏名	◇◇ □□
電話番号	03-1234-XXXX

病院の場合は院長となります。印鑑は不要です。

不在者投票の送致について

令和 8 年 〇 月 ▽ 日に当施設において行いました不在者投票を下記のとおり返付いたします。

記

東京都議会議員補欠選挙			
投票数	20	票	
(内 代理投票	5	票)	
返還数	10	票	
(内訳) 棄権	5	名	
退院	4	名	
死亡	1	名	
その他	0	名	
合計	転院など、下の※の(1)～(3)に該当しないものとなります。		

※ 返還者は、不在者投票用外封筒の表面に次の文言を鉛筆で記入し、封をせずに返送してください。

- (1) 投票を棄権した場合……棄権
- (2) 退院した場合……〇月〇日退院
- (3) 死亡した場合……〇月〇日死亡
- (4) その他……具体的な事由を記入

〇月〇日転院など