

請求書兼支払金口座振替依頼書

令和 6 年 月 日

八王子市長 殿

請求金額 金 円
(1 人 1,073 円 × _____ 名分)ただし、八王子市長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 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 <input type="checkbox"/> 印

- 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。

八王子市から私に支払われる八王子市長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			普通 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。

委任者 (施設名) (請求者氏名・印)	施設名		
	肩書き(病院長等)	氏名	<input type="checkbox"/> 印
受領者 (口座名義人)	(振込口座名義の氏名欄と同じ内容を転記してください)		

事務担当者氏名

請求書兼支払金口座振替依頼書

令和 6 年 月 日

八王子市長 殿

請求金額 金 2,146 円
(1 人 1,073円 × 2 名分)

ただし、八王子市長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

請求者
(依頼人)

所在地	〒193-08xx 東京都八王子市 町 - - 03-5321-11xx	
フリガナ 施設名	イリョウハウジン マルマルカイ マルマルビョウ 医療法人 会 病院	
フリガナ 請求者 (病院長等) 氏名・印	インチョウ 肩書き(病院長等) 院 長	センキョ タロウ 氏 名 選挙 太郎

院長の代表印又は私印。施設を設置する法人の代表者(理事長等)の印は認められません。

- 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

八王子市から私に支払われる八王子市長選挙における不在者投票郵送料の口座振替により振り込んでください。

「支店コード」「種目」の記入漏れが多いです。

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 2 3 4	5 6 7	普通 当座	9 8 7 6 5 4 3
振込口座名義					
イリョウハウジン マルマルカイ リジチョウ センキョタロウ 医療法人 会 理事長 選挙太郎					
氏 名					

同一内容を記載
(委任状が必要な場合)

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。	
委任者 (施設名) (請求者氏名・印)	施設名 医療法人 会 病院 肩書き(病院長等) 院 長 氏 名 選挙 太郎
受領者 (口座名義人)	(請求書兼支払金口座振替依頼書の振込口座名義の氏名欄と同じ) 医療法人 会 理事長 選挙太郎

施設(院)長と理事長が同一人物でも、肩書きが違っているので委任状が必要です。

同一内容を記載
(委任状が必要な場合)

事務担当者氏名