

様式:施-2

請 求 書

No.

	選挙人名簿に記載されている住所	選 挙 人 氏 名	生 年 月 日	点字投票の 申立て※1	備考
1			明治 大正 昭和 平成年 月 日生		
2			明治 大正 昭和 平成年 月 日生		
3			明治 大正 昭和 平成年 月 日生		
4			明治 大正 昭和 平成年 月 日生		
5			明治 大正 昭和 平成年 月 日生		
6			明治 大正 昭和 平成年 月 日生		
7			明治 大正 昭和 平成年 月 日生		
8			明治 大正 昭和 平成年 月 日生		
9			明治 大正 昭和 平成年 月 日生		
10			明治 大正 昭和 平成年 月 日生		

上記の選挙人は、**第27回参议院議員通常選挙**の当日、当病院（施設）に入院（入所）中であるため、当病院（施設）において投票する見込みであり、公職選挙法施行令第50条第4項の規定による依頼があったので、上記の選挙人に代わって、投票用紙及び不在者投票用封筒の交付を請求します。

令和7年 月 日

病 院 （ 施 設 ） 所 在 地	
病 院 （ 施 設 ） 名 称	
院 長 （ 施 設 長 ） 氏 名	

選挙管理委員会委員長 殿

- ※1 選挙人から点字投票の申立てがあった場合は「有」と記載してください。
- ※2 選挙人が船員である場合は備考欄に「船員」と記載するとともに、当該選挙人の選挙人名簿登録証明書を本紙に添付してください。
- ※3 請求書が複数枚にわたる場合は、請求書毎に必要事項を記載するとともに、右上のナンバー欄に数字を記載してください。

病院（施設）に おける投票予定日	月 日
---------------------	-----

担当者氏名	平日	休日	投票用紙及び 不在者投票用封筒 の交付の方法	☐ 郵送を希望する。	令和7年 月 日 までに到着
電話番号	平日	休日		☐ 市町村の選挙管理委員会に直接 取りに来る。	令和7年 月 日 に取りに来る

※担当者氏名、電話番号、投票用紙等の交付の方法について記載してください（請求書が複数枚にわたる場合は1枚のみの記載で差支えありません）。

※郵送を希望し、特段の指定がない場合は、上記の「病院（施設）所在地」に郵送します。

※休日の担当者及び電話番号は、確実につながる連絡先をご記入ください。