

依 頼 書

私は、令和××年××月××日執行の○○○○○○○○○○○○○○○選挙の投票を当病院（当老人ホーム、当身体障害者支援施設、当保護施設）で行いたいのので、私に代わって、投票用紙及び不在者投票用封筒の交付を請求して下さるようお願いします。

令和**5**年**3**月**27**日

選管病院 病院長 様

選挙人名簿に記載されている住所	選挙人氏名	生年月日	依頼年月日	依頼印	備考
宮内出目〇〇番地2	荒尾 一郎	H10. 4. 15	R5. 3. 27		R5. 3. 27 確認者 熊本 花子
金山〇〇〇番地	小岱 花子	S30. 12. 1	R5. 3. 27		R5. 3. 27 確認者 熊本 花子

備 考

依頼印の欄は施設の判断で省略して差し支えない。

選挙人の署名が難しい場合は、本人の意思を口頭等で確認のうえ、その確認をした不在者投票事務従事者の氏名やその日時等を備考欄等に記載すること。

選挙人が県知事選挙又は県議会議員選挙において、市区町村選挙管理委員会の委員長に引き続き同一県内の市区町村に住所を有することの確認を申請する場合は、備考欄に「引続居住」と記載すること。