

依 頼 書

私は、令和4年11月20日執行の第20回愛媛県知事選挙の投票を（当病院、当老人ホーム、当施設）で行いたいので、投票用紙及び不在者投票用封筒の交付を請求していただくよう依頼します。

令和 年 月 日

様

選挙人住所

(ふりがな)

選挙人氏名

生 年 月 日

明治
大正
昭和
平成

年 月 日

病棟等	
階	

(代理記載人氏名：)

※選挙人自ら記載することができない場合には、代筆者の氏名を記載してください。

不在者投票用紙及び同封筒の請求書兼事務処理簿

No. _____

番号	選挙人名簿に記載 されている住所	選挙人氏名	生年月日	※事務処理簿			備考
				投票区	ページ	番号	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
この頁の小計				請求者合計			
県知事				人	県知事		人

上記の選挙人は、令和4年11月20日執行の第20回愛媛県知事選挙の当日、(当病院・当老人ホーム・当施設)にあるため、(当病院・当老人ホーム・当施設)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(第51条第2項において準用する第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、不在者投票用紙及び投票用封筒の交付を請求します。

令和 年 月 日

(宛先) 東温市選挙管理委員会委員長

所 在 地
 病院・施設名称
 院長・施設長氏名
 担当者氏名(連絡先)

●指定施設での不在者投票予定日 (月 日 午前・午後 時頃)
●投票用紙等受領方法: 郵送希望・来庁予定 (月 日 午前・午後 時頃)

令和 年 月 日

(宛先) 東温市選挙管理委員会委員長

所在地
病院・施設名称
院長・施設長氏名

不在者投票送致書

令和4年11月20日執行の第20回愛媛県知事選挙の不在者投票を下記のとおり送致します。

記

1. 不在者投票年月日 令和 年 月 日

2. 送致内訳

選挙名	① 受領数	② 投票数	③(①-②) 返還数
愛媛県知事選挙			

3. 投票用紙を返還する者の氏名及び理由

選挙人氏名	選挙名	返還理由	備考
	県知事		
	県知事		
	県知事		
	県知事		
	県知事		

※ 選挙名は、該当するものを○で囲ってください。

4. 添付書類

代理投票を行った場合は、裏面「代理投票報告書」に必要事項を記入し、提出してください。

代理投票報告書

令和4年11月20日執行
第20回愛媛県知事選挙

選挙人氏名	代理投票			備考
	事由	補助者		
		氏名	氏名	
	心身の故障・その他			
	心身の故障・その他			
	心身の故障・その他			
	心身の故障・その他			
	心身の故障・その他			
	心身の故障・その他			
	心身の故障・その他			
	心身の故障・その他			
	心身の故障・その他			
	心身の故障・その他			
	心身の故障・その他			

※ 不在者投票管理者は、立会人の意見を聴いて、投票所の事務に従事する者のうちから代理投票補助者（2人）を選任してください。なお、不在者投票の立会人を兼ねることはできません。

※ 代理投票がなければ、この報告書を提出する必要はありません。

当病院（当老人ホーム・当施設）において代理投票した者は、上記のとおりです。

令和 年 月 日

（宛先）東温市選挙管理委員会委員長

病院・施設名称

院長・施設長氏名