様式：衆院選
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50回衆議院議員総選挙・第26回最高裁判所裁判官国民審査**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６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６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６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。