

東京都知事選挙 指定病院等の長による不在者投票の代理請求方法及び様式

このページは、都道府県選挙管理委員会が不在者投票できる施設として指定する病院や老人ホーム等へ向けたページです。

【構成】

- P 1・・・投票用紙等の請求方法及び請求後の流れについて
- P 2・・・投票用紙等請求書
- P 3・・・請求カード
- P 4・・・投票用紙等請求書（記入例）
- P 5・・・請求カード（記入例）

1 投票用紙等の請求方法

入院又は入所中の選挙人から依頼があった場合は、指定病院等の施設長は選挙人に代わって投票用紙等を請求してください。

請求にあたっては、投票用紙等請求書（1枚）、請求カード（選挙人数分）を世田谷区選挙管理委員会に郵送又は持参してください（様式は2ページ以降にあります）。

【注意】

- (1) 必ず、選挙人本人に投票する意思があることを確認してから、請求してください。
- (2) 不在者投票は、投票日前日の午後5時までに実施する必要がありますので、お早めに請求してください。
- (3) **請求が投票日直前の水曜日（7月3日）以降となる場合は、世田谷区選挙管理委員会事務局までご連絡ください（03-5432-2757）。**
- (4) 請求カードは必ず控え（コピー）をとっておくようお願いします。

《世田谷区への投票用紙等の請求先》

〒154-8788 【選挙期間専用】

東京都世田谷区世田谷4-21-27 世田谷区選挙管理委員会 行

2 請求後の流れ

- (1) 投票用紙等の送付

告示日の翌日（6月21日（金））以降、直ちに世田谷区選挙管理委員会から施設へ投票用紙等を送付します。

- (2) 投票済み投票用紙等の送付

施設内での投票が終わりましたら、世田谷区選挙管理委員会あてに郵送又は持参していただきます。

令和6年 月 日

世田谷区選挙管理委員会委員長 あて

投票用紙等請求書

別紙の選挙人は、令和6年7月7日執行東京都知事選挙の当日、当病院（老人ホーム、身体障害者支援施設、保護施設等）にあるため、当病院（老人ホーム、身体障害者支援施設、保護施設等）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、別紙の選挙人に代わって、投票用紙（船員の不在者投票用紙）及び不在者投票用封筒の交付を請求します。

請求件数《東京都知事選挙》 _____ 件（うち点字投票 _____ 件）

施設の所在地
〒

施設名

電話

()

不在者投票管理者

印不要

事務担当者氏名

事務処理欄のため記入不要

施設コード _____

	請 求	交 付
都知事		

請求カード

※投票を希望する選挙人の数に合わせて、切り取ってお使いください。

キリトリセン

氏名	(ふりがな)	生年月日		投票区	名簿番号				
		明治・大正・昭和・平成	年 月 日生						
選挙人名簿に記載されている住所				選挙の種類	衆小 最高裁	衆比 参比	参選 都議	知 議	長 議
区・市 町・村		丁目 番号							
太枠の中のみ 記入してください	施設の名称、所在地、郵便番号、電話番号(ゴム印がありましたらゴム印を押して下さい)				請求	・		直・郵	
					交付	・		直・郵	
					受理	・		直・郵	
					返還	・		直・郵	
					事由	2・3		表示	
5・6		確認							
備考(通信欄)(点字投票の請求 有 無) <input type="checkbox"/> 代理記入者()				番号	B				

キリトリセン

氏名	(ふりがな)	生年月日		投票区	名簿番号				
		明治・大正・昭和・平成	年 月 日生						
選挙人名簿に記載されている住所				選挙の種類	衆小 最高裁	衆比 参比	参選 都議	知 議	長 議
区・市 町・村		丁目 番号							
太枠の中のみ 記入してください	施設の名称、所在地、郵便番号、電話番号(ゴム印がありましたらゴム印を押して下さい)				請求	・		直・郵	
					交付	・		直・郵	
					受理	・		直・郵	
					返還	・		直・郵	
					事由	2・3		表示	
5・6		確認							
備考(通信欄)(点字投票の請求 有 無) <input type="checkbox"/> 代理記入者()				番号	B				

キリトリセン

氏名	(ふりがな)	生年月日		投票区	名簿番号				
		明治・大正・昭和・平成	年 月 日生						
選挙人名簿に記載されている住所				選挙の種類	衆小 最高裁	衆比 参比	参選 都議	知 議	長 議
区・市 町・村		丁目 番号							
太枠の中のみ 記入してください	施設の名称、所在地、郵便番号、電話番号(ゴム印がありましたらゴム印を押して下さい)				請求	・		直・郵	
					交付	・		直・郵	
					受理	・		直・郵	
					返還	・		直・郵	
					事由	2・3		表示	
5・6		確認							
備考(通信欄)(点字投票の請求 有 無) <input type="checkbox"/> 代理記入者()				番号	B				

キリトリセン

投票用紙等請求書《都知事選挙》（記入例）

都知事選挙

令和6年 〇月〇〇日

世田谷区選挙管理委員会委員長 あて

投票用紙等請求書

別紙の選挙人は、令和6年7月7日執行東京都知事選挙の当日、当病院（老人ホーム、身体障害者支援施設、保護施設等）にあるため、当病院（老人ホーム、身体障害者支援施設、保護施設等）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、別紙の選挙人に代わって、投票用紙（船員の不在者投票用紙）及び不在者投票用封筒の交付を請求します。

請求件数《東京都知事選挙》 6 件（うち点字投票 0 件）

施設の所在地

〒154-0017

世田谷区世田谷 4-21-27

施設名

けやき病院

電話

03 (5432) 1111

不在者投票管理者

世田谷 太郎

印不要

事務担当者氏名

池尻 花子

事務処理欄のため記入不要

施設コード _____

	請 求	交 付
都知事		

請求カード（記入例）

①町名を忘れずにご記入ください。

②マンション名や部屋番号、
方書等がある場合は
必ずご記入ください。

氏名 (ふりがな)	〇〇 〇〇	生年月日	明治・大正・昭和・平成	投票区	名簿番号
	〇〇 〇〇	45年 9月 16日生			
選挙人名簿に記載されている住所				選挙の種類	
世田谷区 世田谷 経堂 2丁目 27番 21号				衆小	衆比
けやきマンション 101				最高裁	参比
施設の名称、所在地、郵便番号、電話番号(ゴム印がありましたらゴム印を押して下さい)				知	長
太枠の中のみ 記入してください	〒154-8504 世田谷区世田谷4-21-27 けやき病院 院長 世田谷 太郎 03-5432-1111			請求	直・郵
				交付	直・郵
				受理	直・郵
				返還	直・郵
				事由	表示
				5・6	確認
備考(通信欄)(点字投票の請求(有)無)				代理記入者()	番号
				<input checked="" type="checkbox"/>	B

③ゴム印 可
※郵便番号も必ず
記入してください。

⑤点字投票の場合は、当該選挙人の
名簿登録地の選挙管理委員会まで
ご連絡のうえ、「点字投票請求」の
「有」に赤で○をしてください。

※点字投票用紙を請求した場合は、
必ず点字器を使用して投票させてください。

④選挙人に代わって請求カードに
記入した場合は、口欄に✓を記入
し、代理記入者名も必ず記入
してください。

記入漏れや記入間違いがあると、正しい内容の確認が取れるま
で投票用紙等を交付することができませんので、提出の際は記入
内容を念入りにご確認ください。

特に、②の部屋番号の有無について
は、よくご確認ください。