

# 不在者投票用紙等請求カード用紙

-----キリリセン-----

氏名	(ふりがな)	生年月日	-		-				
		明治・大正・昭和・平成							
		年 月 日生	投票区	名簿番号					
選挙人名簿に記載されている住所			選挙の種類	衆小	衆比	参選	知	長	
大田 <input checked="" type="radio"/> 区・市 町・村				丁目	番	号	最高裁	参比	都議
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・5・6		表示 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					

-----キリリセン-----

氏名	(ふりがな)	生年月日	-		-				
		明治・大正・昭和・平成							
		年 月 日生	投票区	名簿番号					
選挙人名簿に記載されている住所			選挙の種類	衆小	衆比	参選	知	長	
大田 <input checked="" type="radio"/> 区・市 町・村				丁目	番	号	最高裁	参比	都議
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・5・6		表示 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					

-----キリリセン-----

氏名	(ふりがな)	生年月日	-		-				
		明治・大正・昭和・平成							
		年 月 日生	投票区	名簿番号					
選挙人名簿に記載されている住所			選挙の種類	衆小	衆比	参選	知	長	
大田 <input checked="" type="radio"/> 区・市 町・村				丁目	番	号	最高裁	参比	都議
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・5・6		表示 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					

-----キリリセン-----

※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。

(例)投票希望者が6人いる場合は、本紙を2枚ダウンロードしてお使いください。