

## 宣誓書兼請求書

(期日前投票・不在者投票)

私は、平成29年4月16日執行の新上五島町議会議員一般選挙の当日、下記の事由に該当する見込みであり、真実に相違ないことを誓い、あわせて投票用紙及び投票用封筒の交付を請求いたします。

※不在者投票で本人以外の方が代理請求される場合は、必ず下記事項を記入願います。

氏名

電話番号

新上五島町選挙管理委員会委員長 様

平成29年 ○ 月 ○ 日

氏名	五島太郎	男・女	生年月日	明大昭平 ○年○月○日
選挙人名簿に登録されている住所	長崎県南松浦郡新上五島町 青方 郷 1585 番地 1			
郵送の場合の送り先	(〒 - ) 都道府県 市区郡	※連絡先の電話番号 ( ) - 町 番地		村 番号

◎ 次の1~5のいずれかに○を付し、さらに、それぞれの枠内のあてはまるものにも○を付して下さい。

1	<input checked="" type="radio"/> ア. 仕事 <input type="radio"/> イ. 学業 <input type="radio"/> ウ. 地域行事の役員 <input type="radio"/> エ. 本人又は親族の冠婚葬祭 <input type="radio"/> オ. その他の業務(具体的に: )	に従事
2	<input type="radio"/> 1以外の用事又は事故のため、 <input type="radio"/> ア. 他の市町村 <input type="radio"/> イ. 市町村内(具体的に: )	に外出 ・旅行 ・滞在
3	<input type="radio"/> ア. 疾病、負傷、出産、身体障害等のため歩行困難 <input type="radio"/> イ. 監獄等に収容	
5	<input type="radio"/> ア. 住所移転のため、他の市町村に居住 <input type="radio"/> イ. ( )市町村に転出予定 ( )月( )日	

◎ 病院、老人ホーム、その他の施設内で不在者投票する場合、不在者投票を行う場所を記載して下さい。

投票をしようとする 病院、老人ホーム、 その他の施設の名称	都道 市区 区町 丁目 番地 府県 郡 村 番 号 【 施設名称: 】
-------------------------------------	---

◎ 選挙期日までに、候補者に次のような事情が生じた場合には、当該候補者への投票は無効となります。

なお、再度投票することはできません。

1. 候補者が死亡したとき
2. 候補者届出が取り下げられたものとみなされたとき(公選法第91条第1項)
3. 候補者たることを辞したものとみなされたとき(公選法第91条第2項)
4. 候補者届出が却下されたとき(公選法第86条第9項)
5. 候補者が被選挙権を喪失したとき

【ここから下は記入しないで下さい】

選挙区分	請求方法	交付		投票の受理		事由	1. 2. 3. 5	
		方法	月 日	方法	月 日		投票区	名簿番号
町議	本直 代直 郵便	直接		代理		投票区	名簿番号	整理番号
		郵便		点字				