

事 務 連 絡
平成 2 5 年 6 月 3 日

各都道府県選挙管理委員会事務局 御中

総務省自治行政局選挙部管理課

指定病院等における不在者投票の外部立会人に係る事務について

このことについては、「成年被後見人の選挙権の回復等のための公職選挙法等の一部を改正する法律等の施行について（平成 2 5 年 5 月 3 1 日付け総行選第 4 6 号総務大臣通知）」及び「成年被後見人の選挙権の回復等のための公職選挙法等の一部を改正する法律等の施行に伴う取扱いについて（平成 2 5 年 6 月 3 日付け総行選第 4 7 号選挙部長通知）」により通知されたところですが、下記のとおり資料を送付しますので、事務の参考にしてください。

なお、貴都道府県内の市区町村選挙管理委員会事務局に対して、周知願います。

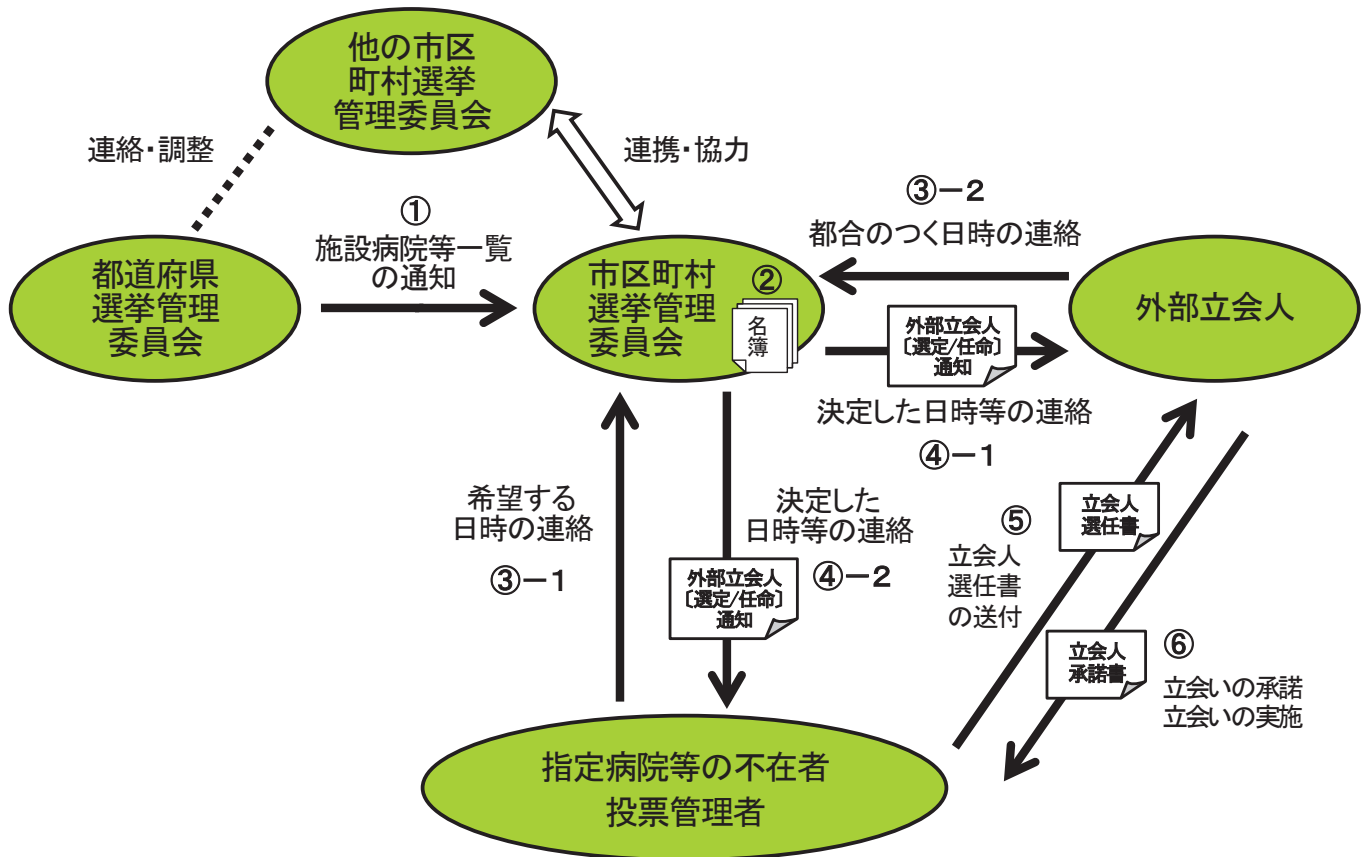
記

別添 1 外部立会人に係る事務の流れ（参考例）

別添 2 - 1 指定病院等の不在者投票管理者が、その選任した外部立会人に対して、謝金及び旅費を支給した場合の国の委託費の支払方法

別添 2 - 2 市区町村の選挙管理委員会が、その任命した外部立会人に対して、当該市区町村の条例等に基づき、報酬の支給及び費用弁償を行った場合の国の委託費の支払方法

指定病院等における不在者投票の外部立会人に係る事務の流れ



- ① 都道府県選管は、市区町村選管に対し、不在者投票が行われる指定病院等の一覧を通知する。
- ② 市区町村選管は、外部立会人候補者名簿を作成する。
- ③ 市区町村選管は、指定病院等の不在者投票管理者から希望する日時（③-1）、外部立会人候補者から都合のつく日時（③-2）の連絡を受け、具体的な外部立会人の選定に向けて調整する。
- ④ 選挙部長通知第3の2(2)及び(3)の、
 (アの場合)
 市区町村選管は、当該指定病院等の外部立会人候補者を選定し、外部立会人本人（④-1）及び指定病院等の不在者投票管理者（④-2）に送付する。
 (イの場合)
 市区町村選管は、当該指定病院等の外部立会人を任命し、任命した旨の通知を、外部立会人本人（④-1）及び指定病院等の不在者投票管理者（④-2）に送付する。
- ⑤ 指定病院等の不在者投票管理者は、外部立会人本人に対し、立会人選任書を送付する。
- ⑥ 外部立会人は、指定病院等の不在者投票管理者に立会人承諾書を送付した上で、指定病院等において立会いを実施する。

事務①

年 月 日

(市区町村) 選挙管理委員会 へ

(都道府県) 選挙管理委員会

外部立会人の選定等の事務について (依頼)

貴(市区町村)管内には、別紙のとおり、当方で指定した不在者投票に係る指定施設があります。

については、別紙に掲げる各指定病院等と連絡を取り合い、不在者投票における外部立会人の選定等の事務を行っていただくようお願いいたします。

○指定病院等一覧

	施設名	所在地	電話番号	その他 (ファクシミリ番号, メールアドレスなど)	担当者氏名
1					
2					
3					

•
•
•

指定病院等における不在者投票の外部立会人候補者名簿

	氏名	ふりがな	郵便番号	住所	電話番号	備考
1						
2						
3						

•
•
•

年 月 日

○ ○ ○ ○ 様

(市区町村) 選挙管理委員会

指定病院等における不在者投票の外部立会人候補者名簿への
掲載について (依頼)

あなたを、当(市区町村)管内に所在する指定病院等における不在者投票
の外部立会人候補者名簿に掲載したいと思います。

ついては、そのことに同意していただくようお願いします。

提供いただいた個人情報については、当該指定病院等との連絡調整のため
にのみ使用することとします。

なお、他の市区町村に所在する指定病院等の外部立会人をお願いする場合
もありますので、お含み置きください。

年 月 日

(市区町村) 選挙管理委員会 あて

○ ○ ○ ○

私は、貴（市区町村）選挙管理委員会の不在者投票に係る外部立会人候補者名簿に掲載されることに同意いたします。

氏 名：

ふりがな：

郵便番号：

住 所：

電話番号：

そ の 他：

(ファクシミリ番号, メールアドレスなど)

特記事項

他の市区町村における指定施設の不在者投票の立会人となることに
(同意する・同意しない)。 *いずれかに「○」を付けてください。

年 月 日

(市区町村) 選挙管理委員会 あて

(施設名) 長 ○○ ○○

外部立会人の選定について (依頼)

当方においては、下記のとおり、公職選挙法 (昭和25年法律第100号) 第49条第1項の規定に基づき、不在者投票を行う予定ですので、ついでには、同条第9項の規定に基づく立会人の選定をお願いいたします。

記

日 時 :

場 所 :

施設名 :

年 月 日

(市区町村) 選挙管理委員会 あて

(外部立会人候補者)

不在者投票の立会人に係る日程調整等について

私の都合は、下記のとおりですので、立会人となるべき日時、場所及び施設名が決定しましたら、お知らせください。

日 付	都合のよい時間帯
年 月 日 ()	〇〇 : 〇〇 ~ 〇〇 : 〇〇
年 月 日 ()	〇〇 : 〇〇 ~ 〇〇 : 〇〇
年 月 日 ()	〇〇 : 〇〇 ~ 〇〇 : 〇〇

年 月 日

○ ○ ○ ○ 様

(市区町村) 選挙管理委員会

外部立会人の〔選定／任命〕について (通知)

あなたを、下記のとおり行われる指定病院等における不在者投票の外部立会人に〔選定／任命〕しましたので通知します。

記

日 時 :

場 所 :

施 設 名 :

年 月 日

(指定施設等の長) 様

(市区町村) 選挙管理委員会

外部立会人の〔選定／任命〕について (通知)

貴施設における不在者投票において、下記のとおり、外部立会人を〔選定／任命〕しましたので、通知します。

記

立会人の氏名
(ふりがな)

立会日時： 年 月 日 () : ~ :

年 月 日

立会人選任書

〇 〇 〇 〇 殿

(指定施設名)

(指定病院等の長) ⑩

あなたを、下記のとおり、平成 年 月 日執行
〔 衆議院小選挙区・比例代表選出議員選挙／参議院選挙区・比例代表選出議員選挙 〕
について、指定病院等における不在者投票の立会人に選任します。

なお、当日は、立会開始時刻の _____ 分前までに _____ に、
おいでください。

記

立会日時： 年 月 日 () : ~ :

不在者投票の実施場所：

年 月 日

立会人承諾書

(指定施設の長) あて

(住所)

(電話番号)

(氏名(自署))

印

下記のとおり、平成 年 月 日執行

〔衆議院小選挙区・比例代表選出議員選挙／参議院選挙区・比例代表選出議員選挙〕
について、指定病院等における不在者投票の立会人となるべきことを承諾します。

記

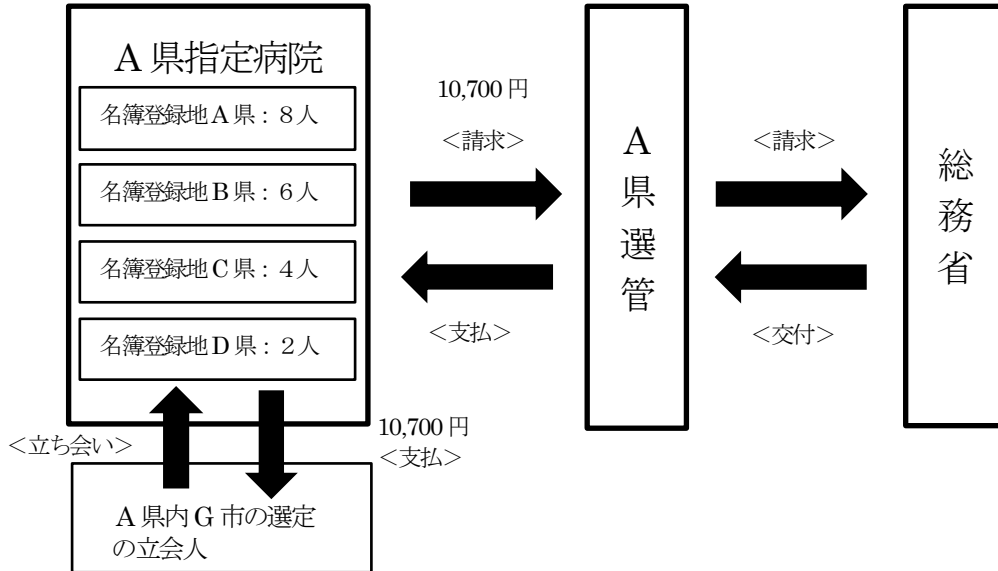
立会日時： 年 月 日 () : ~ :

不在者投票の実施場所：

指定病院等における外部立会人に係る経費の支払方法について

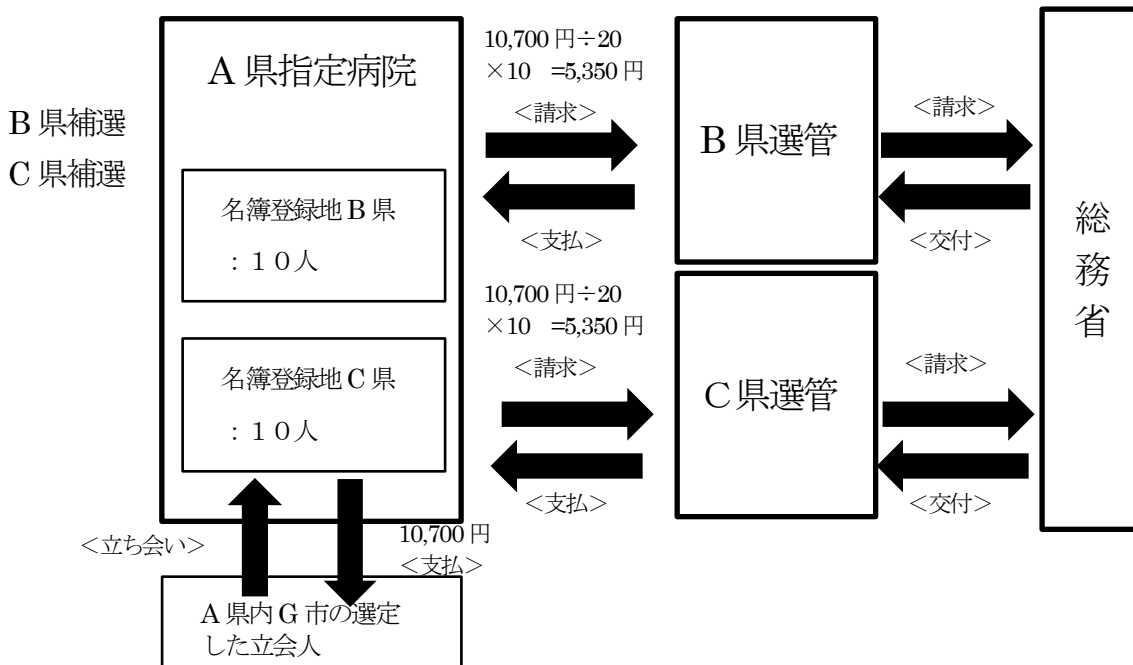
1. 衆議院総選挙及び参議院通常選挙

不在者投票をした選挙人の住所地と関係なく、指定病院等が当該指定病院等が所在する都道府県選管に一括して請求し、当該都道府県選管が支払う。



2. 国政選挙の補欠選挙

指定病院等が不在者投票をした選挙人の住所のある都道府県選管（管理選管）に、選挙人の数により按分して請求し、当該都道府県選管が当該指定病院等に支払う。



* 現行の執行経費基準法では、上記の例により、通信費等に係る不在者投票に要する経費として、選挙人一人当たり 727 円を交付している。

参考：地方選挙の場合

原則として、管理選管が上記 1 の例により支払う。ただし、複数の選挙が公示・告示から選挙期日までの期間が重複して行われる場合は、複数の管理選管が上記 2 の例により選挙人の数で按分して支払う。

請求書式例（その1）

経 費 請 求 書

送付先

〇〇県（市町村）選挙管理委員会

不在者投票立ち会いの実績

立 会 日 平成〇〇年〇月〇日
立 会 時 間 午前〇時～午後〇時
立 会 場 所 〇〇病院内
立会人氏名 〇〇 〇〇

不在者投票者総数

〇人
〔うち〇〇県（市町村）内に住所を有する投票者数 △人〕

要した経費の額

×× 円
〔□□円÷〇人×△人=××円〕

※補欠選挙、地方選挙において経費の按分が必要な場合

平成〇〇年〇月〇日執行の〇〇議会選挙における不在者投票立会人に係る経費を上記の通り報告致します。

平成〇〇年〇月〇日

（請求先）

〇〇県知事（市町村長）

（請求者）

所在地 〇〇
名 称 〇〇病院
代表者 〇〇 〇〇 ㊟
振込先 〇〇銀行〇〇支店 口座番号××

※請求の際には、立会人に係る市町村の選定通知の写し、謝金領収書等を添付してください。

請求書式例（その2）

不在者投票者氏名等一覧

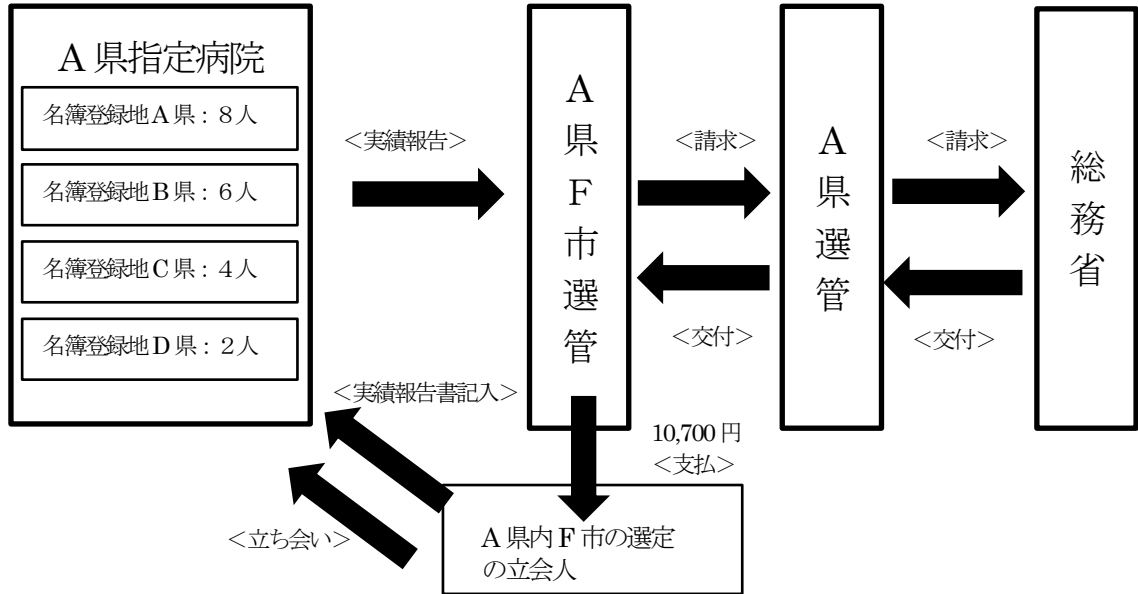
番号	選挙人名簿に記載されている住所	選挙人氏名
計△人		

※執行経費基準法第13条の2第1項の経費の請求に係る様式と兼ねることができる。

指定病院等における外部立会人に係る経費の支払方法について

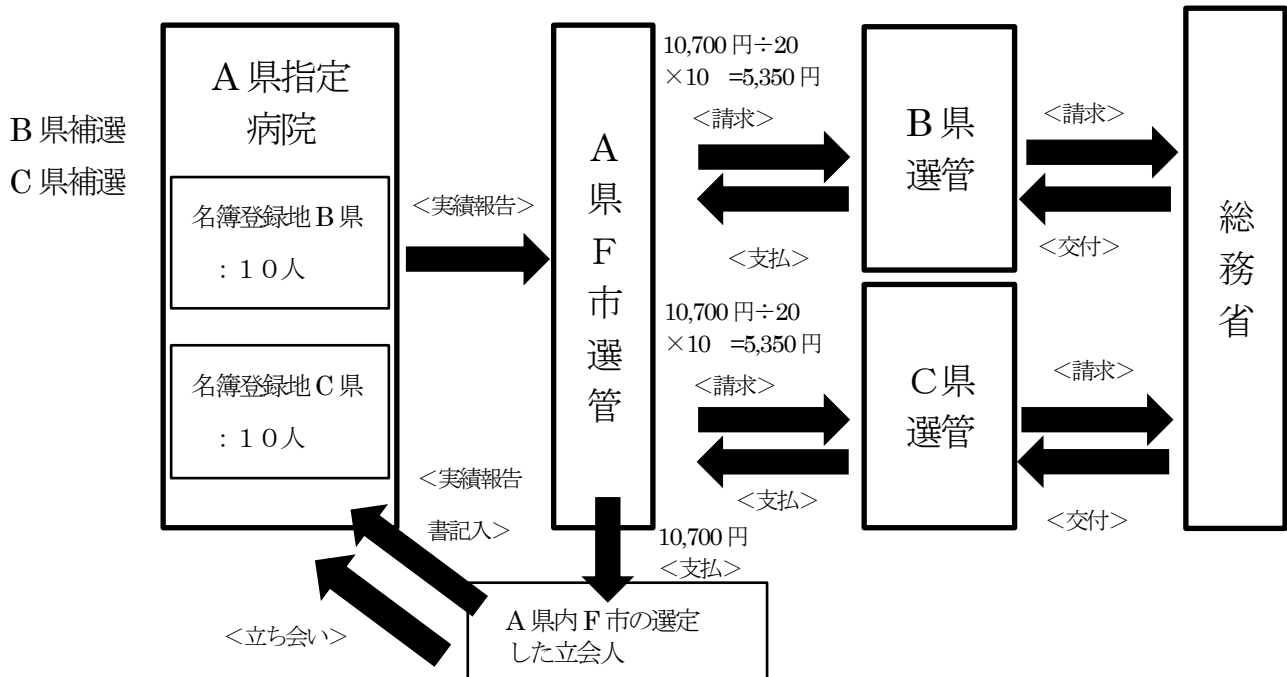
1. 衆議院総選挙及び参議院通常選挙

不在者投票をした選挙人の住所地と関係なく、外部立会人及び当該指定病院等が当該立会人を選定した市区町村選管に一括して実績を報告し、当該市区町村選管が経費を支払う。



2. 国政選挙の補欠選挙

外部立会人及び指定病院等が、自らを選定した市区町村選管に実績を報告し、当該市区町村選管は不在者投票をした選挙人の数により按分して選挙人の住所がある都道府県選管（管理選管）に請求し、当該都道府県選管が当該市区町村選管に支払う。



* 現行の執行経費基準法では、通信費等に係る不在者投票に要する経費として、選挙人一人当たり 727 円を交付しているため、各選挙人の住所地は指定病院等で把握している。

参考：地方選挙の場合

原則として、管理選管が上記 1 の例により支払う。ただし、複数の選挙が公示・告示から選挙期日までの期間が重複して行われる場合は、複数の管理選管が上記 2 の例により選挙人の数で按分して支払う。

報告書書式例

実 績 報 告 書

報告先

〇〇市（町・村）選挙管理委員会委員長

不在者投票立ち会いの実績

立 会 日 平成〇〇年〇月〇日

立会時間 午前〇時～午後〇時

立会場所 〇〇病院内

外部立会人氏名 〇〇 〇〇

不在者投票者総数

〇人

要した経費の額

×× 円

平成〇〇年〇月〇日執行の〇〇議会選挙における不在者投票立会人に係る経費を上記の通り報告致します。

平成〇〇年〇月〇日

(外部立会人)

氏 名 〇〇 〇〇 ㊟

住 所 〇〇

振込先 〇〇銀行〇〇支店 口座番号××

上記の通り不在者投票に立ち合ったことを認めます。

不在者投票管理者氏名 〇〇 〇〇 ㊟

不在者投票施設名称 〇〇病院

所在地 〇〇

※請求の際には、立会人に係る市町村の選定通知の写し、謝金領収書等を添付してください。

※執行経費基準法第13条第1項の経費請求の際に添付する不在者投票者氏名及び住所の一覧を添付してください。