別記様式14

不在者投票施設指定に係る確認事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院等名称 | | | | | （電話番号） | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | | |  | | | | | | | | |
| 施設長氏名 | | | | |  | | | | | | | | |
| 病　床　数 | | | | |  | | | | | 担当者氏名 | |  | |
| １．施設の概要 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 施設の開設年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 実 入 所 者 数 | | | | | | | | 名（令和　　年　　月　　日時点） | | | | |
| 最寄りの投票所及び距離 | | | | | | | | （約　　　ｋｍ） | | | | |
| ２．事務従事者の状況 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 職　名 | | | 氏　　名 | | | 不在者投票事務  経験年数 | | | | 主　な　経　歴 | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
| ３．入所者の概要（令和　　年　　月　　日時点） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 入所者  の身体  状況 | | 心身に障害等がなく施設外で移動可能な人の数 | | | | | | | | | | 名　 名  　名 |
| 寝たきり等歩行の困難な人の数 | | | | | | | | | | 名 |
| 心身の故障その他の事由（字の読み書きが困難な人又は身体の障害）のため、自書できない人の数（代理投票）  1自書できない人の数 (代理投票) | | | | | | | | | | 名 |
| 認知症の人の数 | | | | | | | | | | 名 |
| 視覚に障害のある人（点字投票する人）の数 | | | | | | | | | | 名 |
| 住民票  のある  市町村  の区分 | | 施設のある市町 | | | | | 施設のある投票区内 | | | | | 名 |
| それ以外 | | | | | 名 |
| 県　内　他　市　町 | | | | | | | | | | 名 |
| 県　　　　　　　　　外 | | | | | | | | | | 名 |
|  | |  | | | | | | | | | |  |
| ４．投票の記載予定場所 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 部屋の名称等 | | | | （　　　　　　階） | | | | | | | |
| 広さ | | | | ㎡ | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | |

※　参考資料として、次のものを添付してください。（既製のもので結構です。）

・　職員名簿（事務従事者のほか施設職員の一覧）

・　施設の平面図（投票の記載予定場所を明示したもの）

・　施設の概要（パンフレット等）