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）