（様式１－２）

**不 在 者 投 票 施 設 概 要**

１　施設

（所在地）

（名　称）

２　施設の開設(設置)者

（住所又は所在地）

（氏名 又は 名称）

３　施設の種別（該当するものの番号に○）

①　病院（介護老人保健施設を含む）

（診療科目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

②　老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、老人短期入所施設、軽費老人ホーム、有料老人ホーム）

③　身体障害者支援施設

④　保護施設

４　病床数（入所定員）

（ 　　年　　月　　日現在　市町村別の入院（所）者数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 計 |
| 人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

５　従業員数

６　不在者投票事務の執行体制に係る情報

（１）不在者投票管理者（現在の施設長の氏名）

（２）不在者投票立会人（いずれかに○）

①　外部立会人を活用予定

②　その他から選任予定

（３）不在者投票特別経費の交付先（いずれかに○）

①　施設あて

②　開設（設置）者あて