

(その1)

収 支 報 告 書



令和 3 年分

(ふりがな)
 1 政治団体の名称
 ほねけんか えいせいしけんめい
島根県歯科衛生士連盟

政治団体の区分	
<input type="checkbox"/> 政党	<input type="checkbox"/> 政治資金規正法第18条の2第1項の規定による政治団体
<input type="checkbox"/> 政党の支部	<input type="checkbox"/> その他の政治団体
<input type="checkbox"/> 政治資金団体	<input checked="" type="checkbox"/> その他の政治団体の支部

2 主たる事務所の所在地
松江市南田町141-9

活動区域の区分	
<input type="checkbox"/> 2以上の都道府県の区域等	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の都道府県の区域内

3 代表者の氏名
小村正子

資金管理団体の指定の有無
<input type="checkbox"/> 有
<input checked="" type="checkbox"/> 無
公職の種類 _____
資金管理団体の届出をした者の氏名 _____

国会議員関係政治団体の区分
<input type="checkbox"/> 政治資金規正法第19条の7第1項第1号に係る国会議員関係政治団体
<input type="checkbox"/> 政治資金規正法第19条の7第1項第2号に係る国会議員関係政治団体
公職の候補者の氏名 _____
公職の種類 _____

4 会計責任者の氏名
稲田和美

資金管理団体の指定の期間	
令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで

国会議員関係政治団体に関する特例の適用期間	
令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで

事務担当者の氏名
小村正子
 (電話) 090-8362-3261
 (電話) 0852-25-0388

(その13)

3 支出項目別金額の内訳

(1) 支出の総括表										
項 目		金 額								備 考
		十億	百万	千	円	千	百	十	円	
1	経常経費									
	(1) 人件費					2	6	0	0	
	(2) 光熱水費								0	
	(3) 備品・消耗品費					2	8	7	0	
	(4) 事務所費					1	6	0	6	0
	小 計					2	1	5	3	0
2	政治活動費									
	(1) 組織活動費					3	9	4	5	0
	(2) 選挙関係費								0	
	(3) 機関紙誌の発行費 その他の事業費					2	2	4	3	6
(内訳)	ア 機関紙誌の発行事業費					2	2	4	3	6
	イ 宣伝事業費								0	
	ウ 政治資金パーティー開催事業費								0	
	エ その他の事業費								0	
	(4) 調査研究費								0	
	(5) 寄附・交付金								0	
	(6) その他の経費								0	
	小 計					6	1	8	8	6
	合 計					8	3	4	1	6

(その15)

(3) 政治活動費の内訳					項目別区分 組織活動費(渉外費)			
支出の目的	金額				年月日	支出を受けた者の氏名(団体にあつては、その名称)	支出を受けた者の住所(団体にあつては、主たる事務所の所在地)	備考
	十億	百万	千	円				
この頁の小計								0
その他の支出				1	800			
合計				1	800			

(その17)

資産等の状況

1 資産等の総括表

資産等の有無			
資産等の項目別区分	有	無	備考
ア 土地	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
イ 建物	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ウ 建物の所有を目的とする地上権又は土地の賃借権	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
エ 取得の価額が100万円を超える動産	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
オ 預金(普通預金及び当座預金を除く。)又は貯金(普通貯金を除く。)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
カ 金 銭 信 託	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
キ 有 価 証 券	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ク 出 資 に よ る 権 利	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ケ 貸付先ごとの残高が100万円を超える貸付金	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
コ 支払われた金額が100万円を超える敷金	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
サ 取得の価額が100万円を超える施設の利用に関する権利	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
シ 借入先ごとの残高が100万円を超える借入金	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

宣 誓 書

添 付 書 類 (別添のとおり)

- 1 領収書等の写し
- 2 政治資金監査報告書(国会議員関係政治団体に限る。)

この報告書は、政治資金規正法に従って作成したものであって、真実に相違ありません。

令和 4 年 3 月 25 日

政治団体の名称 島根県歯科衛生士連盟

会計責任者の氏名 稲田 和美



(↓解散する年の収支報告書のみ、「代表者の氏名」欄にも記載してください。)

代表者の氏名



(注1) 「会計責任者の氏名」欄が記名押印又は会計責任者本人の自筆署名以外の場合は、提出者の本人確認書類や会計責任者からの権限委任が確認できる書面の追加提出が必要になります。

(注2) 「代表者の氏名」欄は、解散する場合に、解散する年の最後の収支報告書にのみ記載してください。なお、記名押印又は署名以外の場合は、注1と同様の書面の追加提出が必要になります。