

(その1)

収 支 報 告 書



令和 2 年分

(令和 年 月 日開催分)

(ふりがな) コウケンシカ イセイレンス
1 政治団体の名称 高知県歯科衛生士連盟

2 主たる事務所の所在地 高知県高知市旭天神町292-26

3 代表者の氏名 植田 彩子

4 会計責任者の氏名 大野 由香

事務担当者の氏名 中石 裕子

(電話) 088(840)1121 内線5302, 5306

(電話) _____

(電話) _____

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	

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

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 (現職・候補者の別) _____
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 (現職・候補者の別) _____

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

(その5)

(5) 本部又は支部から供与された交付金に係る収入							
交付金を供与した本部 又は支部の名称	金 額				年月日	主たる事務所の所在地	備 考
	十億	百万	千	円			
日本歯科衛生士連盟			73	500	令和2年7月14日	東京都新宿区大久保2-11-19	
日本歯科衛生士連盟			5	500	令和2年12月18日	東京都新宿区大久保2-11-19	
この頁の小計			79	000			
合 計			79	000			

(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		
1 経常経費						
(1) 人件費						
(2) 光熱水費						
(3) 備品・消耗品費				20	000	
(4) 事務所費				36	000	
小 計				56	000	/
2 政治活動費						
(1) 組織活動費						
(2) 選挙関係費						
(3) 機関紙誌の発行 その他の事業費						(ア+イ+ウ+エ)
ア機関紙誌の発行事業費						
イ宣伝事業費						
ウ政治資金パーティー開催事業費						
エその他の事業費						
(4) 調査研究費						
(5) 寄附・交付金						
(6) その他の経費						
小 計						
合 計				56	000	

注：政治活動費の各項目については、それぞれ(その15)が必要です。
資金管理団体及び国会議員関係政治団体は、経常経費(人件費を除く。)の各項目については、それぞれ(その14)が必要です。

(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"/>	

注:政治団体が所有する資産の有無を記載してください。

(その20)

宣 誓 書

添 付 書 類 (別添のとおり)

1. 領 収 書 等 の 写 し
2. 監 査 意 見 書 (政 党 及 び 政 治 資 金 団 体 に 限 る。)
3. 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 3 年 3 月 15 日

政治団体の名称 高知県歯科衛生士連盟

会計責任者の氏名 大野 由香



(解散時のみ記載)

代表者の氏名



* 会計責任者及び代表者の氏名欄は、記名押印又は署名とし、署名の場合は必ず会計責任者本人及び代表者本人が自署すること。