

(*受付印)



収支報告書

(その1)

令和 乙 年分

※該当箇所に戻してください。

政治団体の区分

- 政党の支部
- その他の政治団体(後援会等) /
- その他の政治団体の支部
- 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

1 政治団体の名称

(ふりがな) (はなうえ けんかい) 花上 功 後援会

活動区域の区分

- 全国(2都道府県以上)
- 神奈川県内

2 主たる事務所の所在地

神奈川県愛甲郡愛川町半原 4755

資金管理団体の指定の有無

- 有
- 無

※以下 指定「有」の場合のみ記載

公職の種類

愛川町議会議員

(現職・候補者等)

資金管理団体の届出

をした者の氏名

花上 功

国会議員関係政治団体の区分

- 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
- 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・候補者等)

3 代表者の氏名

花上 功

4 会計責任者の氏名

井上 友美

事務担当者の氏名

花上 功

連絡先
(電話番号)

090 - 6934 - 5404

*この部分は何も記載しないでください。

	受理台帳番号	団体コード	受付者	区分	処理
* 政党 全国 その他	1310	9686	村	GNK	

(※)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

※報告対象年の途中で資金管理団体の指定・取消をした場合のみ記載。

※報告対象年の途中で国会議員関係政治団体の指定・取消をした場合のみ記載。

資 産 等 の 状 況

(その17)

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	*
01	ア 土 地	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
02	イ 建 物	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
03	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"/>		
04	エ 取得の価額が100万円を超える動産	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
05	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"/>		
06	カ 金 銭 信 託	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
07	キ 有 価 証 券	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
08	ク 出資による権利	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
09	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"/>		
10	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"/>		
11	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"/>		
12	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1 各項目の資産の有無について、「□」内をチェックしてください。

2 「有」をチェックした場合は、(その18)の該当する項目別区分に記載してください。

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3年 1月 17日

政治団体の名称 井上功後援会

会計責任者の氏名 井上友美 

（氏名を記名押印するか、又は会計責任者本人が署名してください。）

〈解散の場合のみ〉

代表者の氏名 _____ 

（氏名を記名押印するか、又は代表者本人が署名してください。）