

神奈川県知事 殿

補助事業者 住 所  
法人(団体)名  
代表者氏名令和〇年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費に係る  
消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書県からの交付決定通知の日付及び記号番号  
を記載してください。

令和〇年〇〇月〇〇日付け〇第〇〇〇号により交付決定を受けた事業に係る介護人材キャリアアップ研修受講促進事業の消費税及び地方消費税仕入控除税に係る仕入控除税額について、次のとおり報告します。

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| 1 補助金の額の確定額               | 金 〇〇〇〇〇 円                                    |
| 2 消費税の申告の有無(どちらかを選択)      | <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無       |
| (2で「無」を選択の場合は以下不要)        |  |
| 3 仕入控除税額の計算方法(どちらかを選択)    | <input checked="" type="radio"/> 一般課税 ・ 簡易課税 |
| (3で「簡易課税」を選択の場合は以下不要)     |  |
| 4 補助金の額の確定時に減額した消費税仕入控除税額 | 金 〇〇〇 円                                      |
| 5 消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額  | 金 〇〇〇 円                                      |
| 6 補助金返還相当額(5から4の額を差し引いた額) | 金 〇〇〇 円                                      |

## 7 添付書類

- 3で一般課税に該当する場合、当該補助金に係る「消費税仕入控除税額の積算内訳」
- 3で一般課税に該当する場合、税務署に提出した際の「消費税の確定申告書(控)の表紙」及び「付表2 課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表」の写し
- その他参考となる書類(別に定める様式等)

(注) 補助金返還相当額がない場合であっても、報告すること。

## 【本件責任者及び担当者】

責任者 職・氏名

電話 000-000-000

電子メール \*\*\*@\*\*\*

担当者 職・氏名

電話 000-000-000

電子メール \*\*\*@\*\*\*

## 責任者及び担当者の記載について

- 文書の真正性を担保するため、責任者及び担当者の氏名及び連絡先を記載してください。
  - 責任者と担当者が同じ場合は、まとめて記載してください。
  - 申請者が市町村の場合は記載不要です。
- ※ 別途問合せ先の記載をお願いします。